

ISSN 2176-2244

**REVISTA
MINEIRA DE
CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

*Revista do Centro
Universitário de Patos de
Minas*

NÚMERO 10, 2023



Revista Mineira de Ciências da Saúde

Revista do Centro Universitário de Patos de Minas

ISSN 2176-2244

Volume 10 / 2023

Patos de Minas: Revista Mineira de Ciências da Saúde, UNIPAM, v. 10: 01-101



Centro Universitário de Patos de Minas



Núcleo de Editoria e Publicações

UNIPAM | Centro Universitário de Patos se Minas

Reitor

Henrique Carivaldo de Miranda Neto

Pró-reitora de Ensino, Pesquisa e Extensão

Maria Marta do Couto Pereira Rodrigues

Pró-reitor de Planejamento, Administração e Finanças

Pablo Fonseca da Cunha

Coordenadora de Extensão

Adriana de Lanna Malta Tredezini

Diretora de Graduação

Mônica Soares de Araújo Guimarães

Coordenador do Núcleo de Editoria e Publicações

Geovane Fernandes Caixeta

A **Revista Mineira de Ciências da Saúde** é um periódico acadêmico e científico, editado anualmente, destinado à publicação, por discentes e docentes, de artigos de interesse científico e tecnológico, voltados à área de saúde.

Catálogo na Fonte
Biblioteca Central do UNIPAM

R454 Revista Mineira de Ciências da Saúde [recurso eletrônico] /
Centro Universitário de Patos de Minas. – Dados eletrônicos.
– N. 1 (2009)-. – Patos de Minas : UNIPAM, 2009-

Anual

Disponível em: <<https://revistas.unipam.edu.br>>

ISSN 2176-2244

I. Saúde – periódicos. I. Centro Universitário de Patos Minas.
II. Título.

CDD 614.05

Centro Universitário de Patos de Minas

Rua Major Gote, 808 – Caiçaras
38702-054 Patos de Minas-MG Brasil

NEP | Núcleo de Editoria e Publicações

Telefone: (34) 3823-0341
<http://nep.unipam.edu.br>

Editora

Isa Ribeiro de Oliveira

Conselho Editorial Interno

Alessandro Reis
Alice Pratas Glycério de Freitas
Aline Cardoso de Paiva
Ana Paula Nascentes de Deus Fonseca Siqueira
Bethânia Cristhine de Araújo
Cristianne Spirandelli Marques
Danyane Simão Gomes
Gilson Caixeta Borges
Gledson Regis Lobato
Guilherme Nascimento Cunha
Karine Cristine de Almeida
Karyna Maria de Mello Locatelli
Kelen Cristina Estavanate de Castro
Luciana de Almeida Franca
Luciana Mendonça Arantes
Luciano Rezende dos Santos
Luiz Henrique Santos
Mara Livia de Araújo
Mariana Assunção de Souza
Marilene Rivany Nunes
Maura Regina Guimarães Rabelo
Natália de Fátima Gonçalves Amancio
Norma Aparecida Borges Bitar
Priscila Capelari Orsolin
Priscilla Cunha Santos Andrade
Rafael Martins Afonso Pereira
Rejane Martins Canedo Lima
Roane Caetano de Faria
Sandra Soares
Thiago Henrique Ferreira Vasconcellos
Vanessa Tolentino Felício

Conselho Consultivo

Cassiano Merussi Neiva (UNESP/BAURU)
Célio Marcos dos Reis Ferreira (UFVJM/DIAMANTINA)
Conceição Aparecida Serralha (UFTM)
Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte (UFTM)

Maria Georgina Marques Tonello (UNIFRAN)
Norberto Cysne Coimbra (USP/RIBEIRÃO PRETO)
Patrícia Roberta dos Santos (UEG/ITUMBIARA)
Paulo Celso Prado Telles (UFVJ)
Renata Alessandra Evangelista (UFG)

Revisão

Geovane Fernandes Caixeta
Gisele Carvalho Araújo Caixeta
Rejane Maria Magalhães Melo

Diagramação e Formatação

Lorrany Lima Silva

SUMÁRIO

Fatores de adesão à prática de corrida de rua.....	08
Weverton Borges Santos	
Gilson Caixeta Borges	
Uso da laserterapia para tratamento de parestesia pós-exodontia de terceiros molares inferiores: revisão integrativa da literatura.....	16
Adriane de Fátima Vieira	
Andressa Di Donato Martini Reis	
Antônio Afonso Sommer	
Intervenção psicoeducativa junto aos acompanhantes da clínica médica de um hospital geral.....	28
Luísa Lopes Pacheco	
Ana Carolina Silva Soares	
Gustavo César Fernandes Santana	
Amanda Guimarães Santos	
Thiago Henrique Ferreira Vasconcellos	
Diagnóstico de enfermagem predominante na sala de urgência/emergência da Unidade de Pronto Atendimento.....	39
Erica Geralda Rodrigues Leal	
Marilene Rivany Nunes	
Cuidados paliativos: conhecimento e assistência de médicos de Patos de Minas (MG).....	53
Camila Adriane Almeida Silva	
Francis Jardim Pfeilsticker	
Doença arterial coronariana estável: qual a melhor maneira de se investigar?.....	66
Laura Santos Oliveira	
Ana Luísa Mota	
Alessandro Reis	
Pacientes com estomias de eliminação: necessidades humanas básicas e assistência de enfermagem.....	75
Débora Eduarda Moreira Rosa	
Marilene Rivany Nunes	

A percepção de profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral sobre a atuação do psicólogo hospitalar..... 87

Mariana Afra Eugênio de Oliveira

Gabrielle Alves da Silva

Gustavo Vitor Rocha de Matos

Karine Fabrícia Lourenço Xavier Santos

Laura Gomes Martins

Thalia Cristina da Silva Castro

Luisa Lopes Pacheco

Fernanda Amorim Araújo

Thiago Henrique Ferreira Vasconcellos

Fatores de adesão à prática de corrida de rua

Factors of adherence to the street racing practice

WEVERTON BORGES SANTOS

Discente de Educação Física (UNIPAM)

E-mail: wevertonbs@unipam.edu.br

GILSON CAIXETA BORGES

Professor orientador (UNIPAM)

E-mail: gilsoncb@unipam.edu.br

Resumo: O objetivo do estudo foi identificar os fatores da adesão à prática de corrida de rua. A amostra foi composta por 50 pessoas de ambos os sexos, de 18 a 59 anos de idade, que praticam a corrida de rua por, no mínimo, um ano e duas vezes por semana. O estudo foi realizado utilizando-se um questionário *online* do *Google Forms*, enviado pelo Instagram e WhatsApp. Os resultados revelaram neste estudo que a maior prevalência foi a seguinte: pessoas do sexo feminino (52%), pessoas de idade entre 18 e 29 anos (62%), de cor parda (52%), com tempo de prática de corrida de rua entre um e dois anos (72%), que treinam de duas a três vezes por semana (52%). O fator com maior aderência à corrida de rua para ambos os sexos foi a saúde (90%), seguida da autoestima (46%) e do controle de peso (44%). O grupo masculino relatou como mais importantes controle de peso, ar livre e autoestima, respectivamente; o grupo feminino relatou que os fatores mais significativos são autoestima, controle de peso e ansiedade, respectivamente. **Palavra-chave:** corrida; exercício físico; motivação.

Abstract: The objective of the study was to analyze the factors of adherence to street running in both sexes. The sample was made up of 50 people of both sexes, aged 18 to 59, who practice street running for at least one year and twice a week. The study was carried out using an online Google Forms questionnaire, and sent via Instagram and WhatsApp. The results demonstrated that the highest prevalence was female (52%), aged between 18 and 29 years (62%), mixed-race people (52%), with time practicing street running between one and two years (72%) and who train two to three times a week (52%). The factor with the greatest adherence to street running for both sexes was health (90%), followed by self-esteem (46%) and weight control (44%). Both sexes reported that health was the most important factor. Then, the male group reported that weight control, outdoors and self-esteem, while the female group reported that the most important factors are self-esteem, weight control and anxiety, respectively. It was concluded that health was the biggest reason for joining the practice of street running, followed by weight control and self-esteem in runners of both sexes.

Keywords: running, physical exercise; motivation.

1 INTRODUÇÃO

Muitas pessoas querem praticar algum tipo de exercício físico, entretanto o alto custo das academias de ginástica levam as pessoas a optarem por outros tipos de esporte

como a corrida, que vem sendo muito praticada pelas pessoas por causa do baixo custo. Segundo Lopes (2020), a realização de corrida vem crescendo muito, podendo ser realizada em pistas, parques, trilhas, ruas ou calçadas.

Albuquerque *et al.* (2018) afirmam que a corrida, nos primórdios, era usada no intuito de sobrevivência, uma vez que antigamente não havia armas eficazes para proteção e sobrevivência. O autor ainda relata que a corrida era utilizada também como meio de locomoção e comunicação, já que, para ir até algum lugar, dever-se-ia correr, pois a caminhada demandaria muito tempo.

Segundo Dellari (2009 *apud* ROJO, 2014), o marco fundamental relacionado à corrida foi a maratona olímpica realizada em 10 de abril de 1896 na cidade de Atenas, com a distância de 40 km, homenageando um mensageiro grego Fidípides, que, em 490 a.C., percorreu 40 quilômetros que separavam a planície de Maratona até Atenas para comunicar que o exército persa havia sido derrotado pelos gregos, vindo a falecer após completar seu trajeto, tornando-se uma lenda.

No Brasil, conforme assegura Albuquerque *et al.* (2018), a corrida chegou por volta de 1918, quando ocorreu a primeira prova de corrida, com percurso de vinte e quatro quilômetros, prova que foi realizada nos Jogos Olímpicos Modernos, fato que protagonizou a evolução da corrida de rua no Brasil.

Entretanto, Ribeiro (2014) assevera que a corrida de rua não tem uma data precisa de quando chegou ao Brasil, tendo passado pela Europa e América do Norte. O autor ainda relata a influência do Kenneth Cooper ao realizar programas de incentivo a atividade física, apresentando os benefícios do exercício aeróbio, como as corridas.

Conforme Salgado (2016), ao final do século XIX, quando ocorreu a primeira maratona olímpica, as corridas se expandiram por todo o mundo, com maior impulso por volta de 1970, com o *jogging boom*, inspiradas na teoria do médico norte-americano Kenneth Cooper.

Segundo Dias (2017), na década de 1970, apoiadas pelas ideias de Cooper, houve incentivo para que as mulheres praticassem esporte como a corrida de rua, contrapondo-se às ideias vigentes até a década de 1960, em que as mulheres não podiam praticar esportes; eram ordenadas pelos homens a realizar apenas atividades estéticas relacionadas com a beleza. Contudo, com as evoluções e incentivo de Cooper, a partir da década de 1980, as mulheres começaram a participar oficialmente de provas e maratonas olímpicas.

Dallari (2009 *apud* LIMA, 2015) descreve que a primeira prova de corrida realizada no Brasil foi a Maratona Internacional do Rio de Janeiro, realizada em 1979, fato que protagonizou a realização de várias corridas em todo o Brasil, crescendo exponencialmente o número de corridas, bem como o de corredores.

A perspectiva é a de que a prática da corrida ainda está em crescimento, por trazer diversos benefícios para a saúde, como melhor desempenho do cérebro, emagrecimento, diminuição das chances de câncer, melhor estado mental e emocional (SOUZA *et al.*, 2020).

Albuquerque *et al.* (2018) menciona outros benefícios da prática da corrida, como melhora das funções metabólicas, prevenção de doenças como a hipertensão arterial e diabetes, diminuição dos riscos relacionados às doenças cardiovasculares, dos níveis de colesterol, aumentando o HDL e reduzindo o LDL.

Nesse sentido, Souza *et al.* (2020) indica que as pessoas que praticam a corrida tendem a ser mais felizes, pois esta libera o hormônio de endorfina associado ao bem-estar, faz o cérebro trabalhar melhor, o que impacta na concentração. Além disso, sua prática aumenta o gasto calórico, por ser um exercício aeróbio, e, como resultado, há o emagrecimento.

Granai (2020) realizou um estudo sobre a corrida em pessoas com depressão, em que elas corriam 30 minutos por dia, com intensidade média de 50% a 60% do VO² máximo, obtendo, como resultado, a redução dos sintomas da depressão e ansiedade durante os treinamentos, bem como melhoras após as sessões.

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo identificar os fatores de adesão à prática de corrida de rua.

2 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo de aspecto quantitativo, do tipo transversal. A amostra foi composta por corredores de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos, da cidade de Patos de Minas e microrregião, que praticam a corrida de rua com regularidade há pelo menos 12 meses, no mínimo duas vezes por semana. O estudo seguiu as normas da Resolução CNS 466, de 12 de outubro de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética: CAAE 50528021.7.0000.5549.

O estudo foi realizado por meio da aplicação de questionários *online*, utilizando-se as redes sociais do *Instagram* e *WhatsApp*. Para responder ao questionário, os indivíduos acessaram e clicaram no link; primeiramente, eles tiveram acesso um texto com as orientações para preenchimento do questionário; em seguida, ao TCLE; após assinalar o “Li e aceito”, apareceu o questionário, que deveria ser completamente preenchido e finalizado para ser validado.

O questionário *online* foi formulado pela plataforma do *Google Forms*, contendo seis perguntas de múltipla escolha para identificar as características sociodemográficas dos participantes, bem como os fatores motivacionais da prática de corrida de rua.

O tratamento dos dados foi feito por meio do Microsoft Excel versão 16.15, sendo realizada a estatística descritiva, e os dados foram expressos em médias e desvios padrão (DP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que houve participação de homens e mulheres, com proporções semelhantes, e uma maior adesão de pessoas mais jovens. Na Tabela 1, podemos observar as características sociodemográficas dos corredores de rua de ambos os sexos.

Tabela 1: Características sociodemográficas de corredores de rua de ambos os sexos

Características sociodemográficas	Sujeitos	
Gênero	Masculino	24 (48%)
	Feminino	26 (52%)
	Não binário	0 (0%)
	Prefiro não opinar	0 (0%)
Idade (anos)	18-29	31 (62%)
	30-39	14 (28%)
	40-49	4 (8%)
	50-59	1 (1%)
Raça	Branca	13 (26%)
	Preta	7 (14%)
	Parda	26 (52%)
	Amarela	3 (6%)
	Indígena	1 (2%)
Tempo de prática de corrida de rua (anos)	01 > 02	36 (72%)
	02 > 03	9 (18%)
	03 > 04	3 (6%)
	04 ou mais	2 (4%)
Prática de corrida semanalmente	02x / semana	26 (52%)
	03x / semana	16 (32%)
	04x / semana	04 (8%)
	05 ou mais /semana	04 (8%)

Fonte: dados da pesquisa.

Pode-se observar que houve uma pequena superioridade de participação do grupo feminino sobre o masculino. Quanto à idade, houve maior participação de jovens de 18 a 29 anos, depois na faixa de 30 a 39 anos, em seguida de 40 a 49 anos, sendo a faixa de idade entre 50 e 59 anos a de menor participação. Quanto à raça, houve maior participação de pessoas pardas, depois pessoas brancas, em seguida de pessoas pretas, posteriormente de pessoas amarelas, sendo que a raça indígena teve a menor participação. Verifica-se, neste estudo, que, à medida que as pessoas vão envelhecendo, elas deixam de praticar a corrida de rua.

Quanto ao tempo de prática, houve maior participação de pessoas que praticam corrida de um (01) a até dois (02) anos incompletos, depois de pessoas que praticam de dois (02) a até três (03) anos incompletos, em seguida de três (03) a até quatro (04) anos incompletos, sendo que de quatro (04) ou a mais anos, a prática foi de menor participação. Quanto à frequência de prática semanalmente, houve maior participação de pessoas que praticam duas (02) vezes por semana, depois de pessoas que praticam três (03) vezes por semana, em seguida de pessoas que praticam quatro (04) vezes e cinco (05) vezes ou mais por semana foi a de menor participação. Observa-se, nessa amostra, que a persistência na prática de corrida de rua ao longo do tempo vai se reduzindo.

Na Tabela 2, pode-se observar a distribuição em números absolutos e percentuais dos fatores de adesão à prática de corrida de rua de pessoas de ambos os sexos.

Tabela 2: Fatores de adesão à prática de corrida de ambos os sexos

Fatores	Sujeitos
Saúde	45 (90%)
Autoestima	23 (46%)
Controle de Peso	22 (44%)
Ar livre	17 (34%)
Ansiedade	13 (26%)
Estresse	10 (20%)
Humor	7 (14%)
Depressão	6 (12%)
Socializar	4 (8%)
Sono	2 (4%)
Apoio ao cônjuge	1 (2%)

Fonte: dados da pesquisa.

Percebe-se, de forma generalizada, que, para ambos os sexos, os fatores que proporcionam maior adesão à corrida de rua são saúde, seguida de autoestima e de controle de peso, e, com menor importância, os fatores de socialização, sono e apoio ao cônjuge.

Na Tabela 3, pode-se observar a distribuição dos fatores de adesão à prática de corrida de rua para o sexo masculino e para o sexo feminino, separadamente.

Tabela 3: Distribuição dos fatores de adesão à prática de corrida de rua do sexo masculino e do sexo feminino

Fatores	Homens	Mulheres
Saúde	22 (91,6%)	23 (88,4%)
Autoestima	9 (37,5%)	14 (53,8%)
Controle de Peso	12 (50%)	11 (42,3%)
Ar livre	11 (45,8%)	5 (19,2%)
Ansiedade	4 (16,6%)	9 (34,6%)
Estresse	5 (20,8%)	5 (19,2%)
Humor	4 (16,6%)	3 (12,5%)
Depressão	1 (4,1%)	5 (19,2%)
Socializar	3 (12,5%)	1 (3,8%)
Sono	0 (0%)	2 (7,6%)
Apoio ao cônjuge	1 (4,1)	0 (0%)

Fonte: dados da pesquisa.

Pode-se observar que, quando estratificado por sexo, os fatores mais importantes para os homens são saúde, controle de peso e ar livre. Para as mulheres, saúde, autoestima e controle de peso.

Albuquerque *et al.* (2018) destaca que a motivação deve ser entendida e estudada, pois ela está ligada à história de cada um, podendo ser classificada em extrínseca ou intrínseca, isto é, fatores motivacionais produzidos por ambiente externo ou vindos da própria pessoa.

Albuquerque *et al.* (2018) ainda explica que motivação extrínseca é a prática motivada, por exemplo, por dinheiro, por status ou por premiações, nas competições, o que gerando uma maior tensão, enquanto a intrínseca é a motivação relacionada com a pessoa, com o seu comportamento e com o seu empenho. O autor ainda retrata que um dos principais motivos para adesão à corrida de rua são saúde, prazer e controle do estresse.

Sanfelice *et al.* (2017) realizou uma análise qualitativa dos fatores que levam à prática de corrida de rua. Em seus resultados, a saúde e qualidade de vida foram o maior fator da prática de corrida de rua tanto para homens quanto para mulheres. Em outro estudo sobre corrida de rua, Gonçalves (2011) levantou os motivos de adesão e permanência de corredores amadores de Porto Alegre. Em seus resultados, o fator que mais representou o motivo de adesão e permanência à prática de corrida de rua foi a saúde.

Já Balbinotti (2015) realizou estudo sobre perfis motivacionais de corredores de rua com diferentes tempos de prática, tendo como resultado que os corredores buscam a saúde em primeiro lugar, independentemente do tempo de prática, como também a relação do custo/benefício, de não terem grandes investimentos para praticar essa modalidade.

Em seu estudo sobre fatores de adesão e permanência em corridas de rua, Herther (2016) obteve algumas divergências: para corredores de 15 e 30 anos, o principal fator foi a competição; para as mulheres, o fator mais importante foi a estética, para manter um corpo mais saudável magro e atlético, e para os corredores a partir de 60 anos de idade, o fator mais abrangente foi a saúde.

Constatar, nesses estudos, que o fator que mais se destacou foi a saúde para a adesão à prática de corrida de rua.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se, neste estudo, que a saúde é o maior motivo de adesão à prática de corrida de rua, seguida da autoestima e do controle de peso em corredores de ambos os sexos. Entretanto, alguns fatores de adesão são diferentes para homens e para mulheres.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, D. B., *et al.* Corrida de rua: uma análise qualitativa dos aspectos que motivam sua prática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 88-95, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.31501/rbcm.v26i3.8940>.

BALBINOTTI, M. A. A. *et al.* Perfis motivacionais de corredores de rua com diferentes tempos de prática. **Revista Brasileira de Ciência e Esporte**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 65-73, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2013.08.001>.

DALLARI, M. M. **Corrida de rua: um fenômeno sociocultural contemporâneo**. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DIAS, C. Corrida de rua no país do futebol. **Revista Recorde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 01-32, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/Recorde/article/view/10846/7980>.

FONSECA, F. S. *et al.* Análise do perfil sociodemográfico, motivos de adesão, rotina de treinamento e acompanhamento profissional de praticantes de corrida de rua. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 189-198, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31501/rbcm.v27i4.10245>.

GONÇALVES, G. H. T. **Corrida de rua**: um estudo sobre os motivos de adesão e permanência de corredores amadores de Porto Alegre. 2011. 52 f. Monografia (Graduação em Educação Física), Departamento de Educação Física, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/32290>.

GRANAI, A. C. *et al.* Benefícios da corrida de rua nos indivíduos em depressão. **Revista Fundação Jau Motri Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2020.

HERTHER, A. C. **Fatores de adesão e permanência em corridas de rua no município de Ijuí - RS**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física), Departamento de Humanidades e Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.

LIMA, M. S. D. **Corrida de rua**: fatores motivacionais de adesão a uma assessoria esportiva da cidade de Curitiba-PR. 2015. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Empresarial), Departamento de Gestão e Economia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/19554>.

LOPES, A. S. **Corrida de rua e qualidade de vida**. 2020. 11 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física), Faculdade de Educação Física, Associação Cristã de Moços de Sorocaba, Sorocaba, 2020. Disponível em: <https://fefiso.edu.br/download/tccs/CORRIDA%20DE%20RUA%20E%20QUALIDADE%20DE%20VIDA.pdf>.

RIBEIRO, D. R. **Fatores motivacionais de pessoas praticantes de corrida de rua em Porto Alegre**. 2014. 64 f. Monografia (Graduação em Educação Física), Departamento de Educação Física, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/116104>.

ROJO, J. R. Corridas de rua, sua história e transformações. *In*: CONGRESSO SULBRASILEIRO DE ESPORTE, 7., 2014, Matinhos. **Anais [...]**. Matinhos: Secretarias do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, 2014. p. 01-10.

SALGADO, J. V. V. **Análise do perfil de corredores de rua**. 2016. Tese (Doutorado em Educação Física), Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

SANFELICE, R. *et al.* Análise qualitativa dos fatores que levam à prática da corrida de rua. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 11, n. 64, p. 83-88. 2017. Disponível em: <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1080/886>.

SOUZA, R. D. B. *et al.* Corrida de rua: promoção de saúde e prevenção de doenças como diabetes e hipertensão. **Caderno Intersaberes**, Curitiba, v. 9, n. 17, p. 77-86, 2020. Disponível em: <https://www.cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1298>.

SILVA, M. S.; SOUSA, M. S. O papel das assessorias esportivas no crescimento das corridas de rua no Brasil. **Fiep Bulletin**, [S. l.], v. 83, n. 1, p. 01-08, 2013. Disponível em: <https://www.fiepbulletin.net/fiepbulletin/article/view/2952>.

Uso da laserterapia para tratamento de parestesia pós-exodontia de terceiros molares inferiores: revisão integrativa da literatura

Use of laser therapy for the treatment of paresthesia after extraction of lower third molars

ADRIANE DE FÁTIMA VIEIRA

Discente de Odontologia (UNIPAM)
E-mail: adrianefv@unipam.edu.br

ANDRESSA DI DONATO MARTINI REIS

Discente de Odontologia (UNIPAM)
E-mail: andressadi@unipam.edu.br

ANTÔNIO AFONSO SOMMER

Professor orientador (UNIPAM)
E-mail: antonioas@unipam.edu.br

Resumo: A parestesia do nervo alveolar inferior é uma das complicações mais frequentes após exodontia de terceiros molares. O laser de baixa potência, por sua capacidade reparadora tecidual, candidata-se como opção terapêutica para tais situações. Esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo investigar o estado da arte do tratamento da parestesia pós-exodontia de terceiros molares inferiores com laser. Após aplicação dos critérios de elegibilidade dos trabalhos publicados, foram selecionados 11 artigos científicos para compor a amostra da pesquisa. O uso do laser de baixa potência se mostrou eficaz no tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior, superior a outras formas de tratamento e de melhor resposta conforme a precocidade no início das aplicações. Exibe, todavia, indefinição de protocolo, condição citada como negativa por alguns trabalhos, mas que pode ser entendida como necessidade de adequação individualizada.

Palavras-chave: laser de baixa potência; cirurgia; parestesia; terceiro molar inferior.

Abstract: Inferior alveolar nerve paresthesia is one of the most frequent complications after third molar extraction. Low-level laser, due to its tissue repair capacity, is a candidate as a therapeutic option for such situations. This integrative literature review aims to investigate the state of the art in the treatment of post-extraction paresthesia of lower third molars with laser. After applying the eligibility criteria of the published works, 11 scientific articles were selected to compose the research sample. The use of low-level laser proved to be effective in the treatment of inferior alveolar nerve paresthesia, superior to other forms of treatment and with better response depending on the precocity in the beginning of the applications. It exhibits, however, lack of protocol definition, a condition cited as negative by some studies, but which can be understood as a need for individual adaptation.

Keywords: low-level laser therapy; surgery; paresthesia; lower third molar.

1 INTRODUÇÃO

A parestesia orofacial é uma anormalidade sensorial que ocorre devido a um trauma na estrutura neural de um nervo específico presente na área de cabeça e pescoço (EVANGELISTA *et al.*, 2019; FERNANDES-NETO *et al.*, 2020). Os nervos mais acometidos durante procedimentos odontológicos são os nervos alveolar inferior e lingual, devido à sua proximidade com as áreas de atuação dos cirurgiões-dentistas (MOORE; HASS, 2010). Não obstante, a parestesia pode ocorrer durante extração de terceiros molares inferiores, cirurgia ortognática, anestesia local, cirurgia de implantes dentários, tratamento endodôntico (FERNANDES-NETO *et al.*, 2020), procedimentos ortodônticos e na evolução e tratamento das patologias bucais (AHMAD, 2018).

Na maioria dos casos, as alterações sensoriais que ocorrem durante os procedimentos odontológicos são transitórias (EVANGELISTA *et al.*, 2019) e se manifestam como ausência ou perda parcial da sensibilidade, prurido, formigamento, dormência ou queimação na área afetada (MOORE; HASS, 2010; DOH; SHIN; YOU, 2018). No entanto, quando as alterações sensoriais persistem por mais de 6 meses podem causar algum grau de incapacidade ou podem se tornar permanentes (EVANGELISTA *et al.*, 2019).

Com o avanço tecnológico da Odontologia, diversas inovações surgem com intuito de reinventar e aprimorar os protocolos de atendimento. Entre essas inovações, os lasers de baixa potência estão sendo amplamente empregados nas diversas especialidades odontológicas (BASILIO *et al.*, 2021).

A palavra LASER é um acrônimo para *Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation* em inglês, que significa “amplificação de luz por emissão estimulada de radiação”. O primeiro laser de sucesso foi desenvolvido em 1960, por Theodore Maiman, que criou um emissor de laser excitado por meio de um rubi e feito de óxido de alumínio (NADHREEN; ALAMOUDI; ELKHODARY, 2019). A luz do laser difere da luz convencional por ser produzida por uma radiação eletromagnética, com um único comprimento de onda que se propaga de forma direcionada e colimada em alta concentração de energia (BAGNATO; PAOLILLO, 2014).

O uso da terapia a laser pode fornecer benefícios múltiplos, como a cicatrização acelerada de feridas, diminuição do limiar de dor, restauração da função neurológica normal, incremento da remodelação e reparo do osso, estimulação da liberação de endorfina e modulação do sistema imunológico (WALKER, 1983; SMITH *et al.*, 1997; TAY; GO, 2004; OZEN *et al.*, 2006). Além da ampla aplicação em Odontologia, o laser assume maior importância na medida em que os cirurgiões-dentistas estão vislumbrando procedimentos odontológicos menos dolorosos, menos traumáticos, mais confortáveis e eficazes (BASILIO *et al.*, 2021).

A parestesia do nervo alveolar inferior é uma das complicações mais graves após a extração de terceiros molares (QI *et al.*, 2020). Esse distúrbio afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes, ocasionando alterações emocionais, comprometimento social, problemas estéticos, psicológicos e funcionais (FERNANDES-NETO; CATÃO, 2020). Apesar de seu impacto negativo na qualidade de vida, os métodos para o manejo da lesão do nervo alveolar inferior ainda são limitados, mesmo que estejam disponíveis

diversas opções de tratamento, como cirúrgica, medicamentosa e o próprio uso de laser de baixa potência (BASTOS *et al.*, 2021; EL MOBADDER *et al.*, 2021).

O laser possui diversos comprimentos de onda que variam de 660nm (vermelho) a 820nm (infravermelho). No entanto, o laser infravermelho atinge uma maior profundidade nos tecidos, sendo bem indicado para o tratamento de distúrbios neurossensoriais (FERNANDES-NETO; CATÃO, 2020). Quando a luz do laser entra em contato com os tecidos e células, pode ocorrer a ativação de linfócitos e mastócitos, proliferação de vários tipos celulares e aumento na produção de adenosina trifosfato mitocondrial. Portanto, o laser se apresenta como uma possibilidade terapêutica bioestimuladora para o reparo tecidual, aumentando a circulação local, a proliferação celular e a síntese de colágeno (NEIVA *et al.*, 2022).

Por sua introdução recente como modalidade alternativa para tratamento de diversas afecções odontológicas, muitos detalhes relativos a possíveis indicações, formas de aplicação, protocolos, custo e efetividade precisam ser elucidados ou até definidos. Com interesse particular na resolução da parestesia decorrente de exodontia de terceiros molares inferiores, este trabalho se propõe a pesquisar o estado da arte em que se encontra o tratamento deste revés operatório com laser de baixa potência.

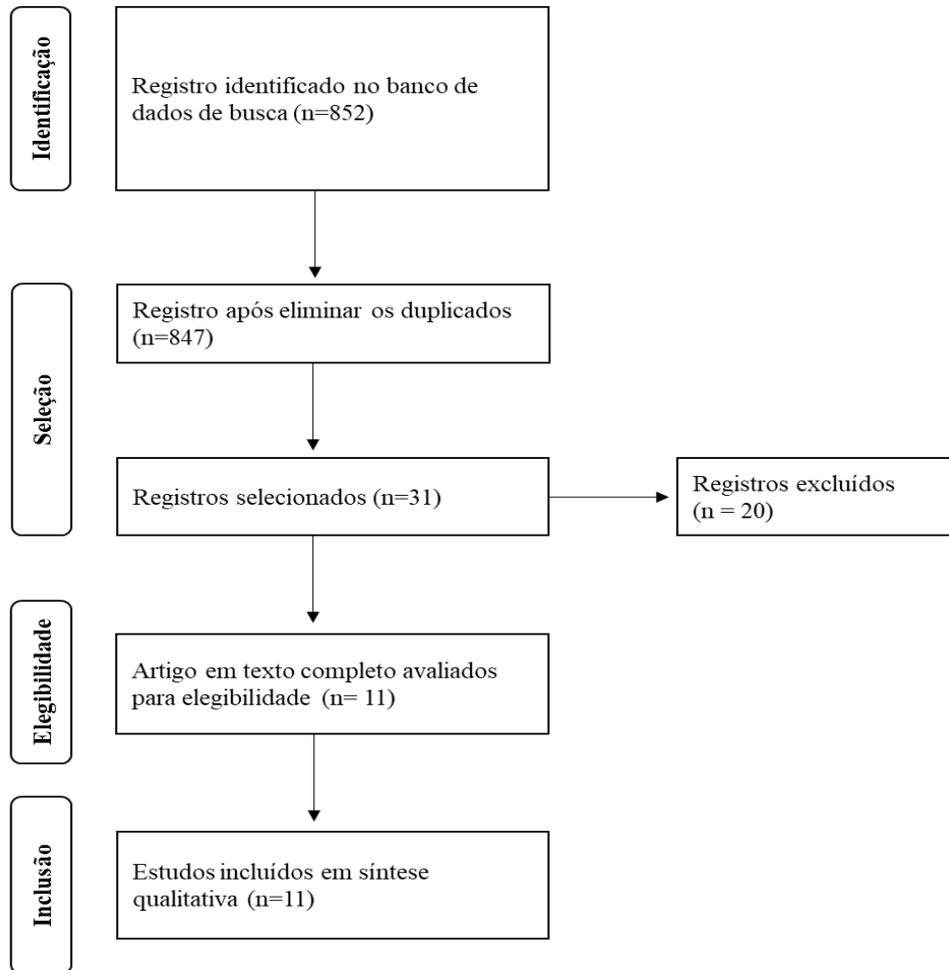
2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma revisão integrativa da literatura, de natureza básica, com abordagem qualitativa e modalidade bibliográfica. Os trabalhos que a compõem foram balizados pelo fluxograma PRISMA 2020, explorando as seguintes bases de dados: LILACS/BIREME/BVS, PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico. Os descritores empregados foram “laser de baixa potência”, “cirurgia”, “parestesia” e “terceiro molar inferior”, combinados com o operador booleano “e”, reproduzidos tal-qualmente em língua inglesa.

Para os critérios de inclusão, consideraram-se as publicações sobre o tema em inglês e português nos últimos 5 anos, classificados como revisão sistemática, meta-análise, relato de caso ou ensaio clínico randomizado. Para os critérios de exclusão, consideraram-se publicações que tratassem de laser de alta potência, estudos *in vitro* e em animais, textos incompletos, artigos duplicados e artigos sobre lasers de baixa potência aplicados a outras indicações odontológicas, bem como os trabalhos da literatura cinzenta, que consistem em teses, dissertações, monografias, trabalhos de conclusão de curso e capítulos de livros.

A estratégia PICO orientou a formulação da pergunta norteadora da pesquisa. O componente P (paciente/pessoa) refere-se à parestesia do nervo alveolar inferior pós-exodontia de terceiros molares inferiores; o componente I (intervenção) refere-se ao tratamento da parestesia com laser de baixa potência; o componente C (controle) está relacionado a outros tratamentos para parestesia; e o elemento O (desfecho), à resolução da parestesia do nervo alveolar inferior com laser de baixa potência. Assim, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora para o estudo: qual é o estado da arte do laser de baixa potência no tratamento da parestesia pós-exodontia de terceiros molares inferiores?

O fluxograma que resume a busca do material de referência está expresso na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA 2020 exibindo o modo de seleção de artigos desta pesquisa

Fonte: autores, 2023.

3 RESULTADOS

A captação preliminar de trabalhos deveu-se ao emprego das palavras-chave nas bases de dados, seguida da identificação e eliminação das duplicidades. Os critérios de inclusão e exclusão foram então aplicados. Após uma leitura dos títulos e dos resumos, atingiu-se a quantidade de 11 artigos considerados legitimamente representativos para a realização do estudo. O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados com o autor, ano, periódico, tipo de estudo, objetivos e resultados principais.

Quadro 1: Caracterização do estudo de acordo com autor, ano de publicação, periódico, tipo de estudo, objetivo e resultados principais

Autor/ano	Periódico	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados principais
Amorim <i>et al.</i> , 2022	<i>HU Revista</i>	Relato de caso	Relatar o caso de uma paciente com parestesia submetida a laserterapia e medicação composta por vitamina B12.	Associação do laser de baixa potência com medicação contendo nucleotídeos e vitamina B12 obteve um bom resultado na parestesia orofacial. Entretanto, há necessidade de mais trabalhos para um protocolo padronizado.
Aquino <i>et al.</i> , 2020	<i>Revista Eletrônica Acervo Odontológico</i>	Revisão sistemática	Avaliar os dados científicos atuais em relação à efetividade da laserterapia de baixa potência como método alternativo no controle da parestesia oral.	Os estudos relataram diferenças no uso do comprimento de onda e dosimetria do laser. Apesar disso, essa terapia é eficiente no tratamento de danos neurais e redução da dor pós-operatória.
Bastos <i>et al.</i> , 2021	<i>Research, Society and Development</i>	Revisão narrativa da literatura	Discorrer sobre a efetividade da aplicação do laser mediante revisão da literatura.	O laser de baixa potência melhora de forma significativa o dano neurosensorial do nervo alveolar inferior. Além disso, os autores apresentaram diferentes pontos de vista quanto ao tempo dos sintomas e o início do tratamento da parestesia.
El Mobadder <i>et al.</i> , 2021	<i>Life</i>	Relato de caso	Ilustrar um protocolo para laser de baixa potência em tratamento de lesão no nervo alveolar inferior pós-extração de terceiro molar em um paciente com queixa de parestesia por 6 meses.	Após 42 sessões de laserterapia, foi observada a regressão da parestesia do nervo alveolar inferior.
Fernandes-Neto <i>et al.</i> , 2020	<i>Journal of clinical and Experimental Dentistry</i>	Relato de caso	Relatar um caso de paciente submetido ao tratamento com laser de baixa potência para parestesia do nervo alveolar inferior, decorrente de cirurgia de extração de	Foi utilizado o laser infravermelho 808 ± 10nm, 100 mW, 3J e 30 segundos por ponto para tratamento da parestesia obtendo resolução do dano neural.

			terceiros molares inferiores.	
Fernandes-Neto; Catão, 2020	<i>Journal of Health Sciences</i>	Revisão sistemática	Realizar uma revisão sistemática da literatura, quanto ao uso de laserterapia no tratamento de pacientes com parestesia oral.	O tempo de diagnóstico e tratamento da parestesia são fundamentais para melhor resultado da regressão da parestesia. Além disso, os autores concluem que o laser infravermelho é o mais indicado para tratamento da parestesia, uma vez que o laser atinge uma maior profundidade dos tecidos.
Hakimiha et al., 2020	<i>Journal of Lasers in Medical Sciences</i>	Estudo transversal	Avaliar o resultado da terapia de fotobiomodulação em pacientes com lesão do nervo alveolar inferior associada a terceiros molares ou procedimentos de implante.	Os autores reportaram que o uso do laser de baixa potência é eficaz na melhora do estado neurossensorial do nervo alveolar inferior e que pacientes com menor duração da parestesia respondem mais favoravelmente à terapia com o laser.
Neiva et al., 2022	<i>Brazilian Journal of Health Review</i>	Revisão narrativa da literatura	Evidenciar a eficácia da laserterapia no tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior.	O laser de baixa intensidade induz melhora na atividade neurossensorial do nervo alveolar inferior. Além disso, segundo os autores, a laserterapia é um método simples, de baixo custo, indolor e possui ótimos resultados.
Olkoski et al., 2021	<i>Research, Society and Development</i>	Revisão integrativa da literatura	Discutir a eficácia da laserterapia de baixa intensidade na prática odontológica.	O uso do laser de baixa intensidade se mostrou eficaz no tratamento do trismo, dor, edema e parestesia. Foi perceptível uma quantidade baixa de trabalhos sobre a laserterapia no tratamento de parestesia.
Qi et al., 2020	<i>HHS Public Access</i>	Estudo transversal	Testar uma nova abordagem ao utilizar o laser através do alvéolo após a extração do terceiro molar em 10 pacientes diagnosticados com parestesia do nervo alveolar inferior,	Os autores relataram que o laser foi eficaz no tratamento da parestesia, como também apresentou melhores resultados comparado ao uso de medicamentos.

			comparando com grupo que fazia uso de mecobalamina oral.	
Souza <i>et al.</i> , 2021	<i>Arch Health Invest</i>	Revisão narrativa da literatura	Analisar a eficácia, a utilização terapêutica e os mecanismos de ação da terapia com laser de baixa potência, bem como causas e fatores de risco relacionados aos procedimentos mais comuns de injúria nervosa.	O uso do laser de baixa potência pode induzir efeito analgésico, anti-inflamatório, cicatrizante e regenerativo. Além disso, a literatura apresenta poucos estudos quanto aos protocolos para o uso dessa terapia na odontologia.

4 DISCUSSÃO

Apesar do laser ter diversas vantagens no tratamento da parestesia, há uma carência de estudos na literatura quanto a um protocolo padronizado para tratamento da parestesia decorrente da exodontia de terceiros molares inferiores (AQUINO *et al.*, 2020; FERNANDES-NETO *et al.*, 2020; BASTOS *et al.*, 2021; OLKOSKI *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021; NEIVA *et al.*, 2022). Durante a análise dos artigos científicos desta revisão, ficou evidente a discrepância na dosimetria, tempo de aplicação, número de sessões e pontos de irradiação.

Na revisão sistemática de Aquino *et al.* (2020), foi observado que o uso do laser de baixa potência, em uma média de comprimento de onda entre 360 a 1060nm e a dose entre 4 a 140 J/cm², tem efeitos positivos tanto na redução da dor pós-operatória quanto na regeneração de tecidos nervosos afetados durante cirurgias orais.

No artigo científico de Hakimiha *et al.* (2020), oito pacientes com alterações da função neurossensorial do nervo alveolar inferior, perdurando por 2 meses, foram submetidos ao laser com 810nm, 200 mW, 10 J/cm por ponto e 25 segundos em 10 sessões. O tratamento, bem-sucedido, foi realizado em 17 pontos, sendo que extraoralmente foram feitos pontos no lábio inferior, mento e região do forame mentoniano e, intraoralmente, no forame mandibular, região do forame mental, região vestibular da lesão e 10mm anteriores e posteriores ao local da lesão.

Outro relato de caso que demonstra a inconsistência no protocolo da laserterapia, é o de Fernandes-Neto *et al.* (2020), que relatou o caso de uma paciente com ausência de sensibilidade no lábio inferior do lado esquerdo, gengiva da arcada inferior, queixo e regiões orais esquerdas, que já durava 6 meses. Nessa paciente, foi utilizado o laser infravermelho com 808 ± 10nm, 100mW, 3J e 30 segundos por ponto no total de 26 sessões. Os autores realizaram, para alcançar a cura, 26 pontos de irradiação distribuídos na região do trígono retromolar, sulco vestibular, mucosa labial, trajeto do nervo alveolar inferior pela crista lingual, trajeto extraoral do nervo alveolar inferior e região do mento.

No trabalho científico de Qi *et al.* (2020), empregou-se o laser de baixa potência, com 808nm, 16mW, 3 J/cm e 188 segundos por ponto, em 10 pacientes com parestesia do

nervo mandibular. Nesses casos, os autores inovaram a técnica utilizando um ponto de irradiação diretamente no alvéolo exposto pela exodontia. Embora os tratamentos tenham obtido sucesso, não se encontrou reprodução, em outros trabalhos, do método proposto pelos autores.

Amorim *et al.* (2022) relataram um caso de paciente com parestesia do nervo alveolar inferior decorrente de exodontia de terceiro molar e com comprometimento sensorial na língua, lábio inferior direito e hipogeuia por 10 dias. Para o tratamento dessa condição, foi utilizado o laser infravermelho com comprimento de onda de 808nm, por 60 segundos, 6 J, 6,4 nW/cm² durante 6 meses (52 sessões). Foram estimulados 17 pontos, sendo distribuídos no lábio inferior, mento, forame mental, ápices do primeiro molar por vestibular e forame mandibular por lingual. Além do uso do laser, foi administrada medicação contendo nucleotídeos e vitamina B12, 3 vezes ao dia, por 2 meses, como complemento do tratamento. Após as sessões de laserterapia, houve melhora da parestesia, porém a sensação do paladar ainda estava prejudicada.

Outro protocolo de tratamento de parestesia do nervo alveolar inferior foi apresentado por El Mobadder *et al.* (2021) no tratamento de um paciente de 28 anos, com parestesia orofacial, por 6 meses, decorrente da extração do terceiro molar inferior direito. Para alcançar a resolução da parestesia, foram realizadas 42 sessões com laser de 635nm, 0,1 W, 4 J/cm por 40 segundos. Os 14 pontos de irradiação foram distribuídos, intraoralmente e extraoralmente, na região cervical vestibular da gengiva, desde o dente 36 até o 33, acima do forame mentoniano e também no lábio inferior e bochecha.

Independentemente das variações na dosimetria, tempo de aplicação e número de sessões, os resultados são, invariavelmente, positivos e com potencial para fazer do laser a terapia preferencial para as parestesias estudadas. As variações de protocolo talvez se justifiquem pela diversidade de respostas individuais, devendo ser adequadas a cada caso em particular. Como ainda não há volume suficiente de casos repetidos para firmar protocolos, impressões pessoais do operador e até tentativas de erro e acerto seguem ditando certo empirismo técnico na definição das doses, calibração do aparelho, pontos de aplicação, tempo de exposição, intervalos e número de sessões.

Na comparação do laser com outras opções de tratamento para parestesias, El Mobadder *et al.* (2021) confrontaram a laserterapia com o uso de medicamentos e obtiveram resultados favoráveis ao laser. Em seu estudo, apresentaram o caso de um paciente com parestesia do nervo alveolar inferior, com duração de 6 meses, que já havia sido tratado com vitamina D3, vitamina B1, vitamina B6 e vitamina B12 sem regressão dos sinais e sintomas. Aplicou-se o laser de baixa potência e, após 42 sessões, a parestesia orofacial melhorou significativamente, embora tenha persistido uma sensação anormal no tecido gengival e mucoso do arco mandibular direito.

O já citado trabalho científico de Qi *et al.* (2020), agora no que diz respeito à comparação de laser com tratamento medicamentoso para parestesia, confirmou os excelentes resultados da laserterapia como proposta por El Mobadder *et al.* (2021). Sua amostra foi composta de 20 pacientes com lesão do nervo mandibular pós-exodontia de terceiro molar, os quais foram divididos igualmente em dois grupos: um grupo foi tratado com laser e um com vitamina B12. No grupo do laser, 808nm, 16 mW, 3 J/cm foram utilizados por 2 semanas em alvéolos após extração dentária. Por meio de testes

neurossensoriais clínicos e escore analógico visual, os autores constataram que a terapia a laser alcançou melhores resultados.

Outro estudo que confrontou o uso do laser com o uso de medicamentos foi o de Fernandes-Neto *et al.* (2020). Os autores trataram de um paciente que tinha lesão do nervo alveolar inferior que perdurava por 6 meses e que já havia sido submetido a tratamento com medicação oral, por 30 dias, contendo 2,5mg de fosfato dissódico de citidina + 1,5mg de uridina trifosfato trissódico + 1,0mg de acetato de hidroxocobalamina, sem resultados satisfatórios. Laserterapia foi instituída com $808 \pm 10\text{nm}$, 100mW, 3 J por ponto, com 30 segundos por ponto, em 26 sessões. Após essas aplicações, o paciente foi reavaliado em 7, 24 e 30 dias, não tendo mais sido detectadas alterações sensoriais.

Outro fator que demonstrou importância durante a pesquisa e merece, portanto, consideração, é o tempo que perdura a sintomatologia após o procedimento cirúrgico que a motivou. Fernandes-Neto e Catão (2020) afirmam que, quanto mais precoce for o diagnóstico e tratamento da parestesia, melhor será a resposta do paciente e, portanto, mais rápida será a resolução da lesão no nervo. Qi *et al.* (2020) relataram que o uso da laserterapia em 48 horas após o diagnóstico da parestesia precisou de somente 7 sessões para regressão dos sinais e sintomas. Também em favor da tese de quanto mais cedo melhor, o relato de caso de Hakimiha *et al.* (2020) revelou que foram necessárias 20 sessões para o tratamento da lesão neural de um paciente com 2 meses de parestesia, enquanto Fernandes-Neto *et al.* (2020) reportaram a necessidade de 26 sessões de laser em um paciente com parestesia com 6 meses de duração. Portanto, os trabalhos de Fernandes-Neto *et al.* (2020), Hakimiha *et al.* (2020) e Qi *et al.* (2020) suportam a conclusão de Fernandes-Neto e Catão (2020). Em antítese, o trabalho de Amorim *et al.* (2022) apresenta uma paciente que estava com parestesia há apenas 10 dias, mas que precisou se submeter a 52 sessões, sugerindo que cada caso pode possuir suas particularidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta à pergunta que motivou este estudo, sobre o estado da arte da laserterapia para tratamento de parestesia pós-exodontia de terceiros molares inferiores, os trabalhos eleitos denotam quatro aspectos a serem contemplados:

1. Resolutividade: unanimemente, os trabalhos apontam para a capacidade de resolução da parestesia, impossibilitada de ser classificada como total por apenas um dos trabalhos, que relatou persistência de leve sensação estranha, mas igualmente com ótimo resultado.
2. Protocolos: as variações são tantas que praticamente inexistente repetição na calibração, dosimetria, tempo de aplicação, local de incidência, intervalos e número de sessões. Aparentemente deve ser assim, cada caso exigindo um ajuste apropriado.
3. Comparação com outra modalidade de tratamento: uma única modalidade aparece suficientemente experimentada para efeito de comparação, a medicamentosa com correlatos de vitamina B12. Sobre tal modalidade, a laserterapia invariavelmente obteve

resultados superiores, inclusive resolvendo casos em que a primeira falhou. Contudo, como não existe interação negativa no uso concomitante desses medicamentos com o laser, nada impede a associação, e alguns trabalhos a experimentaram com sucesso.

4. Duração dos sintomas: há uma convergência dos trabalhos para o entendimento de que o tempo que perdura a parestesia é inversamente proporcional à resolução pelo laser, ou seja, quanto mais rápido se inicia o tratamento, melhores são os resultados.

REFERÊNCIAS

AHMAD, M. The anatomical nature of dental paresthesia: a quick review. **The Open Dentistry Journal**, [S. l.], v. 12, p. 155-159, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2174/1874210601812010155>.

AMORIM, R. N. S. *et al.* Fotobiomodulação com laser de 808 nm associado a vitamina B12 como uma estratégia de tratamento para parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual decorrente de extração de terceiro molar inferior: relato de caso. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 47, p. 01-08, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2021.v47.34083>.

AQUINO, T. S. *et al.* Laserterapia de baixa potência no tratamento de parestesia oral: uma revisão sistematizada. **Revista Eletrônica Acervo Odontológico**, [S. l.], v. 1, p. e3753, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reaodonto.e3753.2020>.

BAGNATO, V. S.; PAOLILLO, F. R. **Novos enfoques da fototerapia para condicionamento físico e reabilitação**. São Carlos: Compacta Gráfica e Editora, 2014.

BASILIO, A. F. P. *et al.* Contributions of low-level laser therapy in the postoperative period of impacted third molar extractions: integrative literature review. **Acta Scientific Dental Sciences**, [S. l.], v. 5, n. 6, p. 90-97, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.09.018>.

BASTOS, C. E. J. *et al.* Laserterapia no tratamento de lesão ao nervo alveolar inferior. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 7, p. e50110716881, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16881>.

BEZERRA, J. B.; LETTIERI, G. C. **Tratamento da parestesia do nervo alveolar inferior durante extração de terceiro molar inferior**. 2019. 9 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia), Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/257>.

DOH, R. M.; SHIN, S.; YOU, T. M. Delayed paresthesia of inferior alveolar nerve after dental surgery: case report and related pathophysiology. **Journal of Dental Anesthesia**

and Pain Medicine, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 177-182, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17245/jdapm.2018.18.3.177>.

EL MOBADDER, M. *et al.* Photobiomodulation therapy applied after 6 months for the management of a severe inferior alveolar nerve injury. **Life**, [S. l.], v. 11, n. 12, p. 1420, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/life11121420>.

EVANGELISTA, I. G. *et al.* Low-level laser therapy in the treatment of inferior alveolar nerve paresthesia after surgical exeresis of a complex odontoma. **Journal of Lasers in Medical Sciences**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. 342-345, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15171%2Fjllms.2019.55>.

FERNANDES-NETO, J. A. *et al.* Laser therapy as treatment for oral paresthesia arising from mandibular third molar extraction. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, [S. l.], v.12, n. 6, p. 603-606, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4317%2Fjced.56419>.

FERNANDES NETO, J. A.; CATÃO, M. H. C. V. Laser therapy in the treatment of patients with oral paresthesia: a review of clinical trials. **Journal of Health Sciences**, Londrina, v. 22. n. 1, p. 07-13, 2020. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/7011>.

HAKIMIHA, N. *et al.* Photobiomodulation therapy for the management of patients with inferior alveolar neurosensory disturbance associated with oral surgical procedures: an interventional case series study. **Journal of Lasers in Medical Sciences**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 113-118, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34172%2Fjllms.2020.S18>.

MOORE, P. A.; HAAS, D. A. Paresthesias in dentistry. **Dental Clinics of North America**, [S. l.], v. 54, n. 4, p. 715-730, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2010.06.016>.

NADHREEN, A. A.; ALAMOUDI, N. M.; ELKHODARY, H. M. Low-level laser therapy in dentistry: extra-oral applications. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, [S. l.], v. 22, n. 10, p. 1313-1318, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_53_19.

NEIVA, S. A. *et al.* Laser de baixa intensidade no tratamento de parestesia do nervo alveolar inferior: evidências atuais. **Revista Brasileira de Saúde**, São José dos Pinhais, v. 5, n. 43, p. 16634-1664, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-220>.

OLIVEIRA, R. *et al.* Benefits of laser phototherapy on nerve repair. **Lasers in Medical Science**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 1395-1406, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10103-014-1531-6>.

OLKOSKI, L. E. *et al.* Laserterapia de baixa intensidade e seus efeitos na dor, edema, trismo e parestesia: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, p. e9210212159, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12159>.

OZEN, T. *et al.* Efficacy of low level laser therapy on neurosensory recovery after injury to the inferior alveolar nerve. **Head & Face Medicine**, [S. l.], v. 2, p. 3, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2F1746-160X-2-3>.

QI, W. *et al.* Photobiomodulation therapy for management of inferior alveolar nerve injury post-extraction of impacted lower third molars. **Lasers in Dental Science**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 25-32, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007%2Fs41547-019-00075-6>.

SMITH, A. C. *et al.* Inferior alveolar nerve damage following removal of mandibular third molar teeth. A prospective study using panoramic radiography. **Australian Dental Journal**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 149-152, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1997.tb00111.x>.

SOUZA, A. V. A. *et al.* Terapia a laser de baixa potência no tratamento de lesões periféricas do nervo trigêmio em Odontologia: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. 1107-1118, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21270/archi.v10i7.5267>.

TAY, A. B. G.; GO, W. S. Effect of exposed inferior alveolar neurovascular bundle during surgical removal of impacted lower third molars. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery: Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, [S. l.], v. 62, n. 5, p. 592-600, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2003.08.033>.

WALKER, J. Relief from chronic pain by low power laser irradiation. **Neuroscience Letters**, [S. l.], v. 43, n. 2-3, p. 339-344, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0304-3940\(83\)90211-2](https://doi.org/10.1016/0304-3940(83)90211-2).

Intervenção psicoeducativa junto aos acompanhantes da clínica médica de um hospital geral

Psycho-educational intervention for attendees of the medical clinic in a general hospital

LUÍSA LOPES PACHECO

Discente de Psicologia (UNIPAM)
E-mail: luisalopes@unipam.edu.br

ANA CAROLINA SILVA SOARES

Discente de Psicologia (UNIPAM)
E-mail: anacssoares@unipam.edu.br

GUSTAVO CÉSAR FERNANDES SANTANA

Psicólogo (Hospital Medcal Center - Uberlândia)
E-mail: gustavocfs@unipam.edu.br

AMANDA GUIMARÃES SANTOS

Psicóloga (Hospital Santa Casa de Misericórdia - Patos de Minas)
E-mail: psicologia@santacasapatosdeminas.org

THIAGO HENRIQUE FERREIRA VASCONCELLOS

Professor orientador (UNIPAM)
E-mail: thiagov@unipam.edu.br

Resumo: Com a consolidação do Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM), com um 1 ano de fundação, seu serviço de Psicologia (SPHSCM) apresenta um número insuficiente de pessoal frente à demanda de diferentes setores. Este trabalho trata de um relato de experiência que decorreu da aplicação de um protocolo de intervenção psicoeducativa a um grupo de acompanhantes de pacientes internados na clínica médica do HSCM, no município de Patos de Minas, MG. Foram realizados cinco encontros semanais, com duração de 1 h aproximadamente, com os acompanhantes dos pacientes dos leitos pares e com os acompanhantes dos leitos ímpares. Participaram de cada encontro entre 15 e 20 acompanhantes, com idade variando entre 18 e mais de 60 anos. A proposta psicoeducativa foi abordada de forma ampla, atendendo as demandas que surgiam ao longo dos grupos. As temáticas incluíram o papel do acompanhante e as funções desempenhadas por ele, formas saudáveis de estabelecer limites entre o cuidado com o outro e consigo mesmo, maneiras de responsabilizar os outros envolvidos no cuidado do paciente, além de habilidades para vida e comunicação assertiva. Os participantes eram ou familiares ou profissionais contratados para atuarem como cuidadores. As mulheres que exercem o cuidado são a maioria. O grupo atuou como possibilidade de universalizar sentimentos e instilar esperança. Os desafios encontrados foram o espaço físico, a adesão e a falta de técnicas grupais no contexto hospitalar. Concluiu-se que a intervenção em grupo apresenta benefícios aos acompanhantes, uma vez que proporciona um espaço seguro de escuta e cuidado. Não há um consenso de recursos a serem empregados para esse público, exigindo-se o uso de diversas

técnicas grupais e ferramentas de psicoeducação e escuta, abrindo possibilidades para pesquisas e desenvolvimento da área.

Palavras-chave: psicologia da saúde; discussão em grupo; grupos de apoio; comportamento coletivo; serviços de saúde.

Abstract: With the consolidation of Santa Casa de Misericórdia Hospital (SCMH) within one year of its foundation, its Psychology Service (SPHSCM) faces a shortage of staff compared to the demand from various departments. This work reports on an experience resulting from the implementation of a psychoeducational intervention protocol for a group of attendants of patients admitted to the medical clinic of SCMh in the city of Patos de Minas, MG. Five weekly meetings were held, lasting approximately 1 hour each, with attendants of patients from even-numbered beds and attendants of patients from odd-numbered beds. Each meeting involved 15 to 20 attendants, ranging in age from 18 to over 60 years old. The psychoeducational approach was broad, addressing emerging demands throughout the groups. Topics included the role of the attendant and the functions they fulfill, healthy ways of establishing boundaries between caring for others and oneself, methods to involve others in patient care responsibility, as well as life skills and assertive communication. Participants were either family members or professionals hired to act as caregivers. Women constitute the majority of caregivers. The group served as a means to universalize feelings and instill hope. Challenges encountered included physical space, engagement, and lack of group techniques in the hospital context. It was concluded that group intervention provides benefits to attendants by offering a safe space for listening and care. There is no consensus on resources to be employed for this audience, necessitating the use of diverse group techniques and psychoeducational tools for listening, opening possibilities for research and development in the field.

Keywords: health psychology; group discussion; support groups; collective behavior; health services.

1 INTRODUÇÃO

A clínica médica tem como finalidade o tratamento de pacientes internados até que este possa ser realizado em domicílio. Esse setor tem funcionamento similar em diversos hospitais gerais e é atribuído a categorias profissionais de áreas como medicina, enfermagem, psicologia e serviço social. No hospital, os médicos são os responsáveis por prescreverem os procedimentos de diagnóstico e tratamento viáveis, determinando o trajeto que o paciente desenvolverá enquanto estiver no hospital (OSORIO, 2006).

O funcionamento descrito é similar ao existente no Hospital Santa Casa de Misericórdia (HSCM) em Patos de Minas, em que o processo de internação se inicia anteriormente à entrada de fato no ambiente hospitalar. Assim, os pacientes internados na enfermaria do HSCM chegam ao hospital via sistema SUS Fácil¹. São pré-cadastrados na origem, que envia os laudos dos pacientes. Posteriormente, os operadores responsáveis abrem todos os documentos enviados e selecionam quais pacientes serão encaminhados para clínica médica e quais serão encaminhados para UTI.

¹ É um software de regulação assistencial que permite a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais. Fonte: <https://www.saude.mg.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/page/464-susfacil-sesmg>.

Os casos desses pacientes são apresentados aos médicos referências do hospital, que analisam os laudos e decidem se HSCM poderá ou não aceitar o paciente, baseando essa decisão em critérios que se referem ao tipo de patologia, às vagas disponíveis e à capacidade assistencial. Após a decisão tomada, é realizado o aceite no sistema, e a origem encaminha o paciente acompanhado de todos os documentos necessários. Ao chegar ao hospital, o paciente é recebido pelo médico internista, que faz uma anamnese do caso e inicia o tratamento, que abrange um viés multiprofissional dos setores disponíveis no hospital.

No que tange à estrutura, o HSCM dispõe de 30 leitos de enfermaria e recebe pacientes encaminhados da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Patos de Minas e cidades vizinhas, além de pacientes que recebem alta do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e são transferidos para a enfermaria. As patologias presentes na enfermaria apresentam variabilidade. As que possuem maior frequência são doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infarto, cardiopatias, insuficiência cardíaca, pneumonia e infecções mais altas do trato urinário. Nesse cenário, alguns dos pacientes internados têm direito a um acompanhante durante o período de estadia no hospital. Os critérios necessários incluem pacientes maiores de 60 anos e menores de 18, ou aqueles que apresentem problemas de saúde mental e/ou incapacidade funcional, mediante avaliação da equipe multiprofissional, como serviço social e/ou psicologia.

Ademais, são disponibilizados no hospital três médicos enfermaristas que passam diariamente no período da manhã visitando cada leito, realizando o exame físico e checando os demais exames realizados, além de ter um momento de comunicação com o paciente e seus acompanhantes para checagem de informações e boletim. Caso haja alguma demanda durante o dia, são disponibilizados os médicos internistas ou plantonistas, que se responsabilizam pelas intercorrências que surgem e internação de pacientes recém-admitidos. Geralmente, após a checagem dos pacientes, ocorre a corrida de leito com a equipe multidisciplinar, que inclui enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Caso algum dos integrantes da equipe não possa estar presente, os casos são repassados individualmente a esses profissionais capacitados.

Dentro do hospital, o acompanhante desempenha um papel fundamental para o equilíbrio das necessidades do paciente. Para Prochnow *et al.* (2009), o acompanhante é qualquer pessoa que voluntariamente ou de forma remunerada auxilia o paciente, assegurando companhia, suporte emocional e cuidados em prol do paciente de acordo com a necessidade, contando com a supervisão e orientação da equipe de saúde.

Em meio a esse cenário, é de grande relevância dar ênfase às características psicológicas dos pacientes e de seus acompanhantes, visto que a própria experiência de internação hospitalar pode produzir efeitos deletérios para a saúde mental, como o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e de depressão nos pacientes. Assim, a pessoa afetada pela fragilidade que emerge da doença, do mal-estar e das rupturas em seu cotidiano apresenta sentimentos de desamparo, confusão e ameaça em sua integridade (MOURA *et al.*, 2020; CFP, 2019).

O contexto hospitalar põe à prova os mecanismos adaptativos adequados, fazendo emergir uma demanda de sofrimento adicional, presente tanto no paciente como em seus familiares, o que justifica a presença do serviço de psicologia e sua ação

nesse ambiente. O modo como cada paciente e sua família reage depende de múltiplos fatores, que podem incluir a natureza e a gravidade da patologia, o prognóstico da doença, a história pessoal e as experiências anteriores de adoecimento e morte, entre outros (CFP, 2019).

Para além dos aspectos funcionais do manejo, o acompanhante tem uma enorme contribuição quando se trata dos aspectos psicológicos. Ao exercer a função de ser acompanhado, o paciente tem a percepção de que o tempo passa mais rápido, deixando a internação menos sofrida e estressante. Além disso, ao atuar como colaborador da equipe, o acompanhante se torna um meio de comunicação que faz com que o doente aceite melhor o tratamento e colabore para os cuidados, entendendo a necessidade destes para sua recuperação (ARCAS *et al.*, 2016; SZARESKI, 2009).

Apesar disso, uma das principais limitações dentro do contexto hospitalar é a relação entre equipe e acompanhantes, pois se torna desafiador para a equipe hospitalar atender as demandas apresentadas. Muitas vezes, a dificuldade de comunicação e de entendimento dos processos hospitalares se coloca diante dessa relação, em que as pessoas que executam a função do cuidador se sentem perdidas e desamparadas por não conseguirem entender corretamente seus direitos e deveres. Ademais, Sousa Filho *et al.* (2008) salienta que a equipe hospitalar espera que o acompanhante tenha um papel passivo diante da internação, de forma a apenas auxiliar quando necessário. O autor acrescenta que o ideal é que essas pessoas sejam integradas ao tratamento para ajudar no enfrentamento e aceitação dos procedimentos necessários.

Dada a importância do acompanhante no cuidado da pessoa hospitalizada, não se pode esquecer a necessidade de cuidar também de quem cuida. Chibante (2015) ressalta que estratégias de incentivo ao cuidador para manutenção da saúde e de autocuidado são fundamentais na prevenção do adoecimento frente às situações estressoras no ambiente hospitalar. Em uma pesquisa realizada por Silva *et al.* (2013), foi constatado que uma proposta de grupo em que seja favorecida a expressão de sentimentos, expectativas, necessidades e história de vida, aliada à reflexão e cuidado com a própria saúde, possibilita ao acompanhante uma saúde física e mental mais satisfatória. Sendo assim, ao cuidar do outro, vê-se também a necessidade de cuidar de si mesmo. Apenas dessa forma é possível se manter apto a dedicar esforços para a recuperação de alguém.

O Serviço de Psicologia (SPHSCM) do HSCM, que tem um 1 ano de fundação, apresenta, conforme apontam Souza *et al.* (2022), um número insuficiente de pessoal frente à demanda de diferentes setores, tornando-se necessário um olhar cuidadoso para os acompanhantes da enfermagem. Diante das solicitações crescentes e expressivas da equipe multidisciplinar por acolhimento, psicoeducação e instrução sobre normas e rotinas hospitalares, foi delineada uma atividade junto a este público. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi relatar e descrever uma atividade grupal feita com os acompanhantes da clínica médica de um hospital geral.

2 METODOLOGIA

Este estudo trata de um relato de experiência que decorreu da aplicação de um protocolo de intervenção psicoeducativa em grupo para acompanhantes de pacientes

internados na clínica médica do HSCM². A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), sob número de parecer 5.970.836. Foram realizados 5 encontros semanais, com duração de 1h aproximadamente, com os acompanhantes dos pacientes dos leitos pares e dos leitos ímpares, em dias diferentes, conduzidos por 2 estagiárias de Psicologia mediante orientação de docente preceptor, entre os meses de agosto e dezembro de 2022. Essa realização de atividades em dias alternados ocorreu para que o acompanhante pudesse solicitar auxílio ao outro que se encontrava disponível no momento da atividade de grupo, de forma a preservar a vigilância e o cuidado ao seu ente, e pudesse participar ativamente do grupo.

As atividades foram realizadas em corredor de acesso à clínica médica do HSCM devido à proximidade física com pacientes; em caso de necessidade, os acompanhantes poderiam retornar novamente aos leitos. Com 30 minutos de antecedência, as estagiárias do SPHSCM abordavam os acompanhantes, entregando a eles um convite informativo com horário e local, de forma a convidá-los e explicar-lhes as atividades que seriam realizadas.

Cada encontro foi composto por dinâmicas de grupo realizadas por estagiários do SPHSCM, compostas por um vitalizador ou quebra gelo, com intuito de “aquecer” o comportamento dos participantes para a próxima etapa. A tarefa central (ou dinâmica central) foi constituída por uma questão disparadora. Posteriormente, foi propiciado um espaço para a discussão das atividades realizadas, com o intuito de oportunizar reflexão sobre os temas trabalhados e a realidade do acompanhante. Ao final de cada encontro, a equipe que compõe o SPHSCM se reunia para discutir a participação dos envolvidos e planejar as próximas atividades.

Participaram de cada encontro entre 15 e 20 acompanhantes, com idades variando entre 18 e mais de 60 anos. Esses participantes eram ou familiares ou profissionais contratados para atuarem como cuidadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na realização dos grupos de intervenção, a média de participantes dos encontros foi de três a seis acompanhantes, em sua maioria mulheres adultas, na faixa etária de trinta a sessenta anos, que apresentavam parentesco próximo com os pacientes ou eram cuidadoras contratadas pelas famílias.

Os dados apresentados vão ao encontro de outras propostas de grupo, em que as atividades realizadas com acompanhantes de pacientes hospitalizados apresentam, em sua maioria, mulheres na fase adulta e poucos homens, remetendo a uma reflexão acerca do pensamento instituído historicamente do cuidador como tarefa feminina (ANICETO, LOUREIRO, 2020; KLEIN, GUEDES, 2006; DAHDAH *et al.*, 2013; SILVA, BALLARIN, OLIVEIRA, 2015).

² Esta produção foi financiada pela Coordenadoria de Extensão, vinculada à Pró-reitoria de Pesquisa, Ensino e Extensão do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) por meio do Edital 16/2022 - “Programa Santa Casa de Misericórdia: Monitor em Psicologia”.

No início das intervenções, foram observadas diferenças na temática e nos recursos dos grupos pares e ímpares. A título de exemplo, por parte dos participantes dos grupos pares, os encontros funcionavam como apoio instrumental/informativo, o que se deu devido ao fato de os membros serem em sua maioria cuidadores profissionais e tinham uma observação mais técnica da vivência hospitalar.

No decorrer do tempo, os grupos caminharam para uma afinidade de temáticas, o que pode ter ocorrido devido ao número expressivo de mulheres que ocupavam esse local de cuidado, como apresentado anteriormente. Há também uma semelhança de vivências entre as pessoas que se encontram nesse contexto, estando todas vivendo o adoecimento de alguém. Poder compartilhar e aprender novas formas para lidar com desafios semelhantes faz com que o grupo seja um lugar de troca e auxílio das dificuldades emocionais (SOUSA *et al.*, 2017).

O trabalho realizado teve como proposta central a psicoeducação, que se configura como uma alternativa de intervenção, que visa a aumentar o conhecimento de um indivíduo, favorecendo padrões de comportamento desejáveis e maior resolutividade, além de ajudar os participantes a identificar crenças associadas que geram ansiedade e sofrimento. Ademais, além da mera ação informativa, a psicoeducação possibilita também auxiliar o paciente na tarefa de compreender e dar sentido às próprias vivências e de instrumentalizá-lo para o manejo dos efeitos psicossociais das experiências vividas (GUIMARÃES, ARAÚJO, 2014; RAVAIOLI, BORGES, 2022).

A proposta psicoeducativa apresenta grande potencial ao ser empregada na modalidade grupal. Nesse cenário, Ravaioli e Borges (2022) afirmam que esse tipo de intervenção favorece o compartilhamento de saberes e experiências entre os membros do grupo, oportunizando o aprendizado conjunto. Além disso, as autoras complementam que o enfoque dos grupos psicoeducativos no contexto da saúde recai no processo de conscientização sobre os aspectos psicossociais que interferem na condição de saúde/doença, com a finalidade de promover novos conhecimentos e reflexões sobre os temas em pauta e estimular a revisão de mitos e preconceitos.

As intervenções em grupo realizadas no HSCM visavam a oferecer um cuidado proximal com acompanhantes, acolhendo suas inseguranças e queixas e possibilitando reflexões acerca dos sentimentos vivenciados. Cada encontro era planejado com dinâmicas, questões disparadoras e diálogos, objetivando esse resultado. A proposta psicoeducativa foi abordada de forma ampla, atendendo as demandas que surgiam ao longo dos grupos. As temáticas incluíram o papel do acompanhante e as funções desempenhadas por ele, formas saudáveis de estabelecer limites entre o cuidado com o outro e consigo mesmo, maneiras de responsabilizar os outros envolvidos no cuidado do paciente, além de habilidades para vida e comunicação assertiva.

Durante os encontros, algumas temáticas principais se tornaram foco recorrente na fala dos participantes, permitindo o desenvolvimento de intervenções voltadas para a validação dos sentimentos relatados e para a orientação educativa acerca de possíveis soluções. Foi perceptível que esses temas se repetem no contexto hospitalar, evidenciando semelhanças das experiências dos indivíduos que compõem a categoria de acompanhantes/cuidadores. Nesse cenário, é comum o aparecimento de queixas a respeito da falta de apoio familiar e suporte social. O reflexo se repercutiu em longos

períodos sem revezamento com outros familiares e na privação de desenvolver ações em prol de seu autocuidado, de compartilhar sentimentos de medo e de angústia em relação ao doente com os outros membros da família (DADAH *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2013).

Além disso, também foi recorrente afirmações acerca das dificuldades que englobam a ausência de suas casas, o que se torna mais difícil quando o acompanhante tem que deixar outros filhos em casa, pois a interrupção do convívio com eles agrava seu sofrimento. Outra temática relevante diz respeito às normas e rotinas da unidade hospitalar, que se tornam desafiadoras para os acompanhantes, que precisam aprender a enfrentar e aceitar os rituais de diagnóstico e tratamento. Ao interromper as atividades cotidianas e seguir regras divergentes ao ambiente de casa, isso pode se tornar desafiador e potencialmente estressante (SANTOS, 2013).

Algumas das estratégias terapêuticas utilizadas na realização dessa intervenção em grupo explicitam os resultados favoráveis decorrentes de seu uso. Entre elas, pode-se citar a universalidade, processo que acontece quando o acompanhante identifica que a situação vivenciada por ele é a mesma das outras pessoas. Por meio desse compartilhamento de experiências, os integrantes entendem que a situação ou sentimentos que vivem também são experimentados por outros, o que gera um sentimento de alívio e facilita a comunicação de sentimentos negativos como culpa ou inadequação no enfrentamento de situações problemas. Ademais, observa-se também a instilação de esperança, em que a homogeneidade das experiências relatadas no grupo alimenta as esperanças dos seus integrantes (AQUINO, SEI, 2020; DADAH *et al.*, 2013).

Outra forma de psicoeducação de relevância que apresenta semelhanças com outros trabalhos grupais realizados com acompanhantes no hospital é a possibilidade do oferecimento de informações. Esse tópico inclui todas as informações técnicas e orientações passadas pela coordenação do grupo, permitindo a clarificação e a solução de dificuldades relacionadas à organização da rotina hospitalar, além de situações conflitantes com a equipe (DADAH *et al.*, 2013, OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Os principais desafios encontrados na prática de intervenção grupal no HSCM foram o espaço, em razão da importância de se ter um local que permita ao grupo se colocar de frente aos outros integrantes e que garanta a privacidade das falas, e a baixa adesão dos participantes. De acordo com Vinogradov e Yalom (1992), na realização de trabalhos terapêuticos com grupos, a dificuldade com a participação e a concentração nas atividades propostas está entre os desafios mais comuns. Isso está em consonância com a prática do HSCM. Por se tratar de uma atividade de grupo realizada nos corredores do hospital, muitas vezes as pessoas se distraíam e perdiam o aproveitamento das reflexões apresentadas.

Além da distração, a adesão ao grupo não foi satisfatória quando se observa o número de participantes convidados. Isso foi justificado pelos acompanhantes: eles não se sentiram à vontade para deixar seus acompanhados sozinhos e sem cuidado. Essa realidade foi apontada também por Dahdah *et al.* (2013), que observaram também essa resistência em deixar os pacientes e participar do grupo realizado pelos autores, afirmando ser justificada por medo de deixar o paciente sozinho, medo de o médico chegar e não conseguir as informações sobre o quadro clínico ou receio de que algo “ruim” acontecesse.

Não foram encontradas técnicas ou estratégias específicas para grupos em hospitais, o que, na prática, dificultou a seleção de atividades e temas para serem trabalhados, uma vez que, nesse contexto, as técnicas comuns não se aplicam. A rotina, a dinâmica e a demanda de cuidados exigem do terapeuta uma especificidade técnica para conseguir um maior aproveitamento do momento.

Assim sendo, este trabalho visou a contribuir com as vicissitudes da realização de um trabalho utilizando o modelo psicoeducativo para atendimento e acompanhamento de acompanhantes de pacientes em internação em uma clínica médica de um hospital geral. Não há pretensão de esgotar a discussão sobre esta temática, mas levar, através de um estudo descritivo por meio de relato de experiências, a possibilidade de discussão de diferentes realidades e modos de fazer para instrumentalizar a prática do profissional de psicologia hospitalar.

4 CONCLUSÃO

O trabalho grupal realizado teve valia, visto que a demanda dos acompanhantes dos pacientes era expressiva, sendo perceptível a necessidade de os participantes relatarem suas experiências no ambiente hospitalar. Apesar de a intervenção ter sido realizada com a presença de poucos recursos materiais e sem um espaço privativo de acolhimento, ainda assim foi possível desenvolver um momento de escuta significativo, abordando questões vividas em comum por uma ótica terapêutica e utilizando recursos que promoviam acolhimento e instilação de esperança.

Esse trabalho explicitou a relevância da atuação do psicólogo hospitalar e a importância de se ter um olhar cuidadoso sobre todos os integrantes que compõem o adoecimento, visto que a doença afeta todos ao redor. Assim, é necessário desenvolver aprimoramentos nas intervenções grupais para superar os desafios que se apresentam, como a dificuldade dos acompanhantes em deixar os pacientes em seus leitos para participar do grupo, fazendo com que muitos optassem por não participar em razão dessa preocupação, além da falta de um espaço privado e próprio para o grupo.

É importante destacar que as intervenções em grupo com acompanhantes é um trabalho que apresenta potencialidades advindas da ampla demanda desse público. Torna-se imprescindível que esse trabalho seja aprimorado e realizado em outros hospitais. Por fim, apesar de pesquisas realizadas em busca de métodos próprios para esse tipo de intervenção e de contexto, não foi encontrado um consenso, exigindo-se o uso de diversas técnicas grupais e ferramentas de psicoeducação e escuta. Cabe destacar também que esta produção apresenta limitações, como instrumento de rastreamento antes e após os encontros, coleta da percepção dos participantes envolvidos, abrindo espaço para outras possibilidades de pesquisas e desenvolvimento da área.

REFERÊNCIAS

ANICETO, S. C.; LOUREIRO, L. H. Internação hospitalar: o acompanhante como foco da pesquisa. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. e201985618, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5618>.

ARCAS, A. B. *et al.* Significados do papel do acompanhante em unidade hospitalar: visão da pessoa hospitalizada com condição crônica. **Revista Baiana de Enfermagem**, Alfenas, v. 30, n. 4, p. 01-08, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i4.16936>.

AQUINO, N. C. G.; SEI, M. B. Fatores terapêuticos em grupos abertos: um estudo qualitativo. **Vínculo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 97-118, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n1p97-118>.

CHIBANTE, C. L. de P. *et al.* As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2961-2973, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2961-2973>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-nos-servicos-hospitalares-do-sus/>.

DAHDAH, D. F. *et al.* Grupo de familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados: estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional em um hospital geral. **Caderno Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 399-404, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.041>.

GUIMARÃES, T. B.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. Intervenção psicoeducativa com uso de jogos eletrônicos: um estudo com familiares de pacientes oncológicos. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 106-122, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200007&lng=pt&nrm=iso.

HENRIQUES, R. da T. M.; CABANA, C. O acompanhante no processo de hospitalização. **Revista Hum@nae**, Recife, v. 7, n. 1, p. 01-11, 2013. Disponível em: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/69>.

KLEIN, M. M. de S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica com grupo de acompanhantes da pediatria: relato de experiência. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 01-15, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000200004.

MOURA, F. F. de *et al.* Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil. **Revista da SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 139-148, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200013.

OLIVEIRA, L. M. de A. C. *et al.* Uso de fatores terapêuticos para avaliação de resultados em grupos de suporte. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 432-438, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300008>.

OSORIO, C. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 15-32, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v9i1p15-32>.

PROCHNOW, A. G.; SANTOS, J. L. G. dos; PRADEBON, V. M.; SCHIMITH, M. D. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2009. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/5347>.

RAVAIOLI, M. de P. E.; BORGES, L. M. Práticas psicoeducativas: contribuições do psicólogo na atenção primária. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 1, p. 185-199, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1182>.

SANTOS, L. F. *et al.* Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400002>.

SILVA, F. R. da; BALLARIN, M. L. G. S.; OLIVEIRA, J. C. Grupo de acompanhantes de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 871-877, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0596>.

SILVA, R. M. F. M. *et al.* Promoção do bem-estar ao acompanhante no ambiente hospitalar: intervenção de enfermagem grupal. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1390-1397, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i5a11624p1390-1397-2013>.

SOUSA, C. R. de; HILDEBRANDT, F. P.; NEUFELD, C. B. Grupos de TCC na saúde pública. In: NEUFELD, C. B.; RANGÉ, B. P. **Terapia-Cognitivo-Comportamental em grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap. 20.

SOUSA FILHO, O. A. *et al.* Hospitalização na óptica do acidentado de trânsito e de seu familiar-acompanhante. 2008. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 539-546, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000300018>.

SOUZA, T. S. *et al.* Psicologia hospitalar: criação do serviço, perfil de pacientes atendidos e atuação de estagiários em um hospital geral. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas, v. 9, p. 117-130, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaude/article/view/5097>.

INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA JUNTO AOS ACOMPANHANTES
DA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL GERAL

SZARESKI, C. *et al.* O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 715-722, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400015>.

VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D. **Psicoterapia de grupo**: um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 215 p.

Diagnóstico de enfermagem predominante na sala de urgência/emergência da Unidade de Pronto Atendimento

Predominant nursing diagnosis in the urgency/emergency room of the Emergency Care Unit

ERICA GERALDA RODRIGUES LEAL

Discente de Enfermagem (UNIPAM)
E-mail: ericaleal@unipam.edu.br

MARILENE RIVANY NUNES

Professora orientadora (UNIPAM)
E-mail: maryrivany@unipam.edu.br

Resumo: Este estudo objetivou elencar os principais diagnósticos utilizados na sala de urgência/emergência da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), do município de Patos de Minas (MG), além de identificar os desafios para a elaboração desses diagnósticos. Foi feita uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, em que 18 enfermeiros da UPA foram entrevistados por meio de um questionário, no ano de 2022. Os dados foram analisados pela estatística descritiva. Como resultado, 50% dos enfermeiros entrevistados relataram facilidade para a construção dos diagnósticos de enfermagem (DE); 13 (72,7%) citaram a rotatividade alta de pacientes e 14 (77,7%), a falta de tempo como principal desafio na construção dos DE. Evidenciou-se que, dos 13 DE reais mais frequentes, destacaram-se Débito cardíaco diminuído, Troca de gases prejudicada, Mobilidade física prejudicada e Déficit no autocuidado. Dos 7 DE de risco, destacaram-se os relacionados à infecção, à queda e à integridade da pele prejudicada. É notória a contribuição dos DE para elaborar planos de cuidados de enfermagem vislumbrando atender às necessidades humanas básicas e favorecer o processo de gestão do cuidado na sala de urgência/emergência. Notou-se a relevância da responsabilidade técnica da enfermagem da UPA e dos gestores do município na implantação da educação permanente e continuada como forma de informar e viabilizar a elaboração dos DE e a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; cuidado de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; enfermagem em urgência; sistematização da assistência de enfermagem.

Abstract: This study aimed to list the main diagnoses used in the urgency/emergency room of the Emergency Care Unit (UPA) in the municipality of Patos de Minas (MG), as well as to identify the challenges in formulating these diagnoses. A descriptive and exploratory research with a quantitative approach was conducted, in which 18 nurses from the UPA were interviewed using a questionnaire in the year 2022. The data were analyzed using descriptive statistics. As a result, 50% of the interviewed nurses reported ease in constructing nursing diagnoses (NDs); 13 (72.7%) mentioned the high patient turnover and 14 (77.7%) identified a lack of time as the main challenge in formulating NDs. It was evident that among the 13 most frequent actual NDs, Decreased Cardiac Output, Impaired Gas Exchange, Impaired Physical Mobility, and Self-Care Deficit stood out. Among the 7 risk NDs, those related to infection, falls, and impaired skin integrity were

highlighted. The contribution of NDs in developing nursing care plans to meet basic human needs and promote the care management process in the emergency room was noteworthy. The importance of the technical responsibility of UPA nursing staff and municipal managers in implementing continuous and ongoing education to inform and facilitate the formulation of NDs and the Systematization of Nursing Care was evident.

Keywords: nursing care; nursing diagnosis; emergency nursing; nursing care systematization.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que funciona 24 horas/dia, busca oferecer um atendimento integral e humanizado aos pacientes em quadros agudos, em situações de urgência/emergência. A UPA é um estabelecimento de caráter assistencial, com complexidade intermediária, e compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nela são realizados acolhimento de diversas demandas relacionadas a situações de urgência/emergência (BIZINELLI *et al.*, 2019).

A enfermagem tem um papel fundamental no ambiente das salas de urgência/emergência, pois presta assistência a pacientes em estados complexos e instáveis, o que exige da equipe de enfermagem uma atenção especializada e rápida, que contribua para a identificação das Necessidades Humanas Básicas (NHB) alteradas e, conseqüentemente, para a elaboração dos diagnósticos e das intervenções, visando, assim, ao cuidado integral, singular, humanístico e efetivo (HORTA, 1979).

Segundo Marinho *et al.* (2020), o enfermeiro vem colocando em prática o uso da teoria de enfermagem das NHB, a fim de sistematizar a assistência de enfermagem e propiciar, conseqüentemente, um cuidado de qualidade. Horta (1979), nesse sentido, ressalta que a teoria das NHB se fundamenta em leis gerais de equilíbrio (homeostase ou homeodinâmica), da adaptação e do holismo. Tal teoria evidencia a importância do atendimento às necessidades do ser humano, psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, com o objetivo de torná-lo sadio, visto que o desequilíbrio dessas dimensões resulta no adoecimento.

A Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e direciona à enfermagem a atribuição da função de planejar e programar as ações dos serviços de saúde, incluindo a prescrição dos cuidados de Enfermagem (BRASIL, 1986). Torna-se, então, essencial a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde, sobretudo nos serviços de urgência/emergência da UPA.

A Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), preconiza que o enfermeiro é responsável por liderar a execução e a avaliação do processo de enfermagem, sendo privativo da classe elaborar os diagnósticos de enfermagem (DE) e as prescrições das intervenções inerente na SAE (COFEN, 2009).

A SAE é a organização do trabalho de enfermagem, na qual o enfermeiro investiga informações, identifica e prioriza as NHB e, a partir delas, elenca diagnósticos de enfermagem (DE), que direcionam a prática do cuidado, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional da enfermagem (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Para Horta (1979), o processo de enfermagem deve ser desenvolvido em etapas, a saber: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem (DE); planejamento; implementação e avaliação. Segundo a autora, essas etapas auxiliam na coleta de dados do paciente e na identificação de suas NHB alteradas, contribuindo, assim, para um melhor direcionamento dos cuidados da enfermagem.

Considerando-se o cenário de pacientes em situações de grandes vulnerabilidades e riscos, atendidos na sala de urgência/emergência, é de extrema relevância que se identifiquem os principais DE utilizados, a fim de se determinar o direcionamento dos planos de cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de DE requer conhecimentos específicos, como embasamento científico, capacidade técnica e conceitos básicos de enfermagem, visando a direcionar o julgamento clínico para formular hipóteses ou explicações sobre a apresentação de problemas, riscos e/ou promoção da saúde. Dessa forma, “um DE é um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condições de saúde/processos da vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, de um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade” (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Nesse sentido, o DE compreende o agrupamento e a interpretação das NHB afetadas, ou seja, as respostas humanas aos problemas de saúde e/ou processos vitais, que são descritos conforme preconizado no modelo norteador. O modelo norteador utilizado é a taxonomia II, *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA-I), que fornece uma linguagem padrão e se apresenta como um produto formulado a partir de julgamentos e raciocínios clínicos, partindo das respostas humanas aos problemas de saúde e/ou processos vitais nos pacientes críticos (BORGES; SÁ; NEVES, 2017).

A NANDA-II oferece uma terminologia padronizada de DE e apresenta todos em um esquema classificatório, na forma de uma taxonomia. Assim sendo, ela é “uma ordenação sistemática de fenômenos que definem os conhecimentos da disciplina de enfermagem”. Em outras palavras, pode-se dizer que a taxonomia de DE da NANDA-II é um esquema classificatório, que tem por objetivo o auxílio e a organização de conceitos na prática da enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os enfermeiros tratam respostas humanas aos problemas de saúde e/ou processos de vida por meio da taxonomia de DE da NANDA-II. Assim, os diagnósticos de enfermagem são propostos de acordo com a necessidade de cada indivíduo, devendo ser preconizados, no primeiro momento, os diagnósticos que incluem riscos para a vida. Em conformidade com a taxonomia de NANDA-II, é utilizado, para a composição dos DE, o nome do diagnóstico acompanhado de seus fatores relacionados, bem como a causa ou o fator contribuinte. Esses fatores relacionados podem ser modificados pelas intervenções de enfermagem e acompanhados, ainda, por características definidoras (pistas, sinais e sintomas observados), que possuem um papel fundamental na criação dos DE. Após a coleta de dados, as informações são agrupadas como manifestações de DE, com foco no problema, síndrome ou bem-estar. Assim, os DE são respostas de indivíduos (família, grupo ou comunidade) aos problemas de saúde, aos processos de vida. Dessa forma, não se podem padronizar os DE com base em diagnósticos médicos (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

A Taxonomia NANDA II dispõe quatro tipos de diagnósticos: o Diagnóstico Real, o Diagnóstico de Risco, o Diagnóstico de Promoção à Saúde e o Diagnóstico

Sindrômico. O Diagnóstico Real tem como foco o problema e caracteriza uma alteração visível no processo saúde/doença do indivíduo relacionado aos procedimentos, diagnósticos médicos, agentes farmacêuticos ou dispositivos médicos. O Diagnóstico de Risco caracteriza as situações de risco relacionadas aos fatores ambientais, fisiológicos, genéticos ou químicos. O Diagnóstico de Promoção à Saúde evidencia o desejo apresentado pelo paciente em melhorar seu estado de saúde atual ou o reconhecimento, por parte do enfermeiro, da oportunidade de promoção da saúde. Por fim, o Diagnóstico Síndrômico representa um conjunto de DE simultaneamente, sendo tratados por um grupo de intervenções similares (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

No pronto atendimento, o profissional de enfermagem deve apresentar habilidade e agilidade para, a partir da coleta de dados e da anamnese prévia, conseguir traçar os principais diagnósticos, avaliando, primeiramente, os fatores que podem levar à morte do paciente e elencando, posteriormente, os fatores que envolvem riscos para ele, a fim de elaborar um plano de cuidados voltado para a necessidade do paciente em seu momento de fragilidade. Os critérios para a construção dos DE envolvem fatores associados às patologias do paciente, nível de consciência e idade, além de fatores associados ao ambiente físico inadequado, à presença ou ausência de acompanhante e à disposição de recursos humanos dentro da instituição (SALGADO *et al.*, 2013).

O DE é a base para a escolha de intervenções de enfermagem que visem ao alcance dos resultados para a determinação do plano de cuidados apropriado para o paciente e para orientação aos resultados e às intervenções. Cumpre ressaltar que os DE não podem ser padronizados de forma uniforme, pois estão relacionados a casos específicos (baseados em evidências), embora seja possível padronizarem-se suas intervenções, assim que o resultado adequado para o diagnóstico for escolhido (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Diante do exposto, este estudo busca identificar os DE adotados na sala de urgência/emergência da UPA, visto que subsidiam o plano de cuidados singular e proporcionam, ainda, uma assistência de enfermagem de qualidade. Assim, o objetivo geral deste trabalho foi elencar os DE elaborados pelos enfermeiros, na sala de urgência/emergência da UPA de Patos de Minas (MG), além de apontar os desafios frente à construção destes diagnósticos e a importância da SAE nessa questão.

2 METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Patos de Minas, Minas Gerais.

Atualmente, a UPA de Patos de Minas (MG) possui 24 enfermeiros que atuam em regime de plantão, entre 12/60 horas, em períodos noturno e diurno. Na sala de urgência/emergência da UPA, um enfermeiro, a cada plantão de 12 horas, assume a responsabilidade pelo setor e pela implantação da SAE, a qual inclui a construção dos DE.

A amostra foi constituída por 18 enfermeiros, de ambos os sexos, que atuaram na UPA por mais de 1 mês. Foram excluídos 3 enfermeiros que estavam de férias e 3 que estavam de licença para tratamento de saúde. Os enfermeiros entrevistados

responderam a um questionário criado pela equipe pesquisadora sobre os dados de caracterização do perfil dos profissionais que atuam na sala de urgência/emergência da UPA, sobre aspectos relacionados à elaboração dos DE utilizados e sobre os desafios e os avanços para a construção desses diagnósticos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro e março do ano de 2022, de acordo com disponibilidade dos enfermeiros, em sala privativa do próprio estabelecimento. Nesse momento, também foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitadas as assinaturas após as explicações.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva e apresentados pelas variáveis em frequência relativa e absoluta, por meio de tabelas.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), conforme o Parecer nº 5.173.757, do dia 17 de dezembro de 2021.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Após análise dos dados, observou-se que, entre os 18 profissionais entrevistados, 2 (11,1%) eram do sexo masculino e 16 (88,9%) eram do sexo feminino. A faixa etária predominante era de 45 a 54 anos (38,9%). Notou-se, ainda, que 12 (66,6%) profissionais contavam com especialização específica na área de urgência. Metade dos entrevistados, 9 (50%), já fazia parte do quadro da enfermagem da UPA de 5 a 10 anos, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização do perfil demográfico e educacional dos enfermeiros da UPA

Caracterização	Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	2	11,1
	Feminino	16	88,9
Faixa etária (em anos)	29 a 34	6	33,3
	35 a 39	3	16,7
	40 a 44	2	11,1
	45 a 54	7	38,9
* Curso de pós-graduação	Urgência/Emergência	12	66,6
	Unidade de Terapia Intensiva	3	16,6
	Saúde Pública	2	11,1
	Enfermagem do Trabalho	1	5,5
	Nefrologia	1	5,5
Tempo de Atuação na UPA	0 a 6 meses	5	27,7
	7 meses a 1 ano	2	11,1
	1 a 5 anos	1	5,6
	5 a 10 anos	9	50,0
	10 a 17 anos	1	5,6

* Alguns enfermeiros registraram mais de um curso de especialização.

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2022.

Observou-se, a partir da análise da Tabela 1, um predomínio de 16 (88,9%) enfermeiras (autodeclaradas do sexo feminino) entre os profissionais atuantes na sala de urgência/emergência da UPA. Esta é uma característica do serviço de enfermagem desde que a precursora Florence Nightingale institucionalizou a profissão na Inglaterra, em 1962, e considerou as mulheres naturalmente preparadas para tal. Assim, foram atribuídos à enfermagem diversos valores, facilmente notados na classe feminina, como o cuidar, a promoção de carinho e o zelo, que condicionam a personalidade e o caráter que são, também, necessários para o desenvolvimento do indivíduo (SILVA, 2011a).

Do total de enfermeiros, a maioria, 12 (66,6%), possui especialização em urgência/emergência, dado esperado devido à necessidade de conhecimentos e de habilidades específicas para atuar em inúmeras situações críticas dos pacientes atendidos na UPA. Para Danski *et al.* (2017), o enfermeiro deve buscar, continuamente, capacitação e conhecimentos imprescindíveis para a prestação de uma assistência de qualidade por meio de educação continuada e de cursos de pós-graduação.

Percebeu-se que, entre as doenças citadas como as mais atendidas pelos enfermeiros na sala de urgência/emergência da UPA, a cetoacidose diabética e o infarto agudo do miocárdio foram destacadas pelos 18 (100%) profissionais; o acidente vascular cerebral foi ressaltado por 10 (55,5%); o surto psicótico foi elencado por 9 (50%); o derrame pleural foi apontado por 7 (38,8%), conforme exposto na Tabela 2.

Tabela 2: As principais doenças atendidas na sala de urgência/emergência da UPA

Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
* Cetoacidose diabética	18	100,0
* Infarto agudo do miocárdio	18	100,0
* Acidente Vascular Cerebral	10	55,5
* Surto psicótico	9	50
* Derrame pleural	7	38,8
* Doença pulmonar obstrutiva crônica	3	16,6
* Pneumonia	2	11,1
* Insuficiência cardíaca congestiva	2	11,1
Choque séptico	1	5,55
Crise hipertensiva	1	5,55
Insuficiência renal aguda	1	5,55
Tromboembolismo pulmonar	1	5,55

* Os enfermeiros assinalaram mais de uma opção.

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2022.

Verificou-se, por meio dos dados expostos pela Tabela 2, que algumas doenças, segundo a percepção dos enfermeiros, sempre aparecem no serviço de urgência/emergência. Por serem quadros emergenciais, demandam, então, grande aparato e agilidade de toda a equipe para reverter o risco de morte. Existe, nessa perspectiva, um impacto emocional que influencia nas respostas dos enfermeiros ao relatarem que esses casos são atendidos na UPA, na sala de urgência/emergência.

Ao serem questionados sobre o procedimento de construção do diagnóstico de enfermagem (DE), 9 (50%) enfermeiros relataram facilidade durante a elaboração do DE. Ao serem questionados sobre possíveis desafios, obteve-se como resultado: a ausência

de tempo, destacada por 14 (77,7%) enfermeiros; a alta rotatividade de pacientes na sala de urgência/emergência, ressaltada por 13 (72,2%) enfermeiros; a agrupação dos dados e a titulação dos campos, apontada por 6 (33,3%) enfermeiros; por fim, a descrição dos fatores relacionada às características definidoras do DE, mencionada por 4 (22,2%) enfermeiros. Esses dados foram representados pela Tabela 3.

Tabela 3: Aspectos relacionados à construção do diagnóstico de enfermagem pelos enfermeiros da sala de urgência/emergência da UPA

	Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Facilidade em construir os DE	Sim	9	50
	Não	6	33,3
	Não respondeu	3	16,7
Desafios em construir os DE	* Ausência de tempo para construir DE	14	77,7
	* Alta Rotatividade de paciente na sala de urgência/emergência	13	72,2
	* Dificuldade de agrupar dados e indicar o título de DE	6	33,3
	*Dificuldade de descrever os fatores relacionados e características definidoras	4	22,2

* O enfermeiro assinalou mais de uma opção.

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2022.

O desafio em construir o DE proveniente da ausência de tempo, elencada por 14 (77,7%) enfermeiros, retrata uma realidade própria do contexto da sala de urgência/emergência da UPA, considerando que a instituição é porta aberta para a ocorrência de situações de risco simultâneas e não previsíveis, o que gera situações de estresse e escassez de tempo para tal construção, quadro este, descrito por Santos e Aparecido (2021).

Entende-se que, em uma unidade de urgência/emergência, é essencial a padronização do tempo e das rotinas de acordo com as atividades que serão efetuadas. Sugere-se, então, a implantação da SAE como forma de viabilizar a efetividade da assistência de enfermagem com a construção do DE durante as prescrições no setor urgência/emergência. Silva *et al.* (2014) reforçam que o gerenciamento do tempo do enfermeiro é necessário para organizar o serviço e para instrumentalizar e operacionalizar a tomada de decisão. Segundo os autores, isso permite melhorias na qualidade da assistência e na conciliação do cuidado direto/assistencial e o indireto/gerencial do setor em que o enfermeiro atua.

Além desse desafio, 6 (33,3%) dos enfermeiros elencaram, também, a dificuldade de agrupar dados e indicar o título de DE; e 4 (22,2%) mencionaram a dificuldade de descrever os fatores relacionados e características definidoras. (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Entende-se que essa situação está diretamente relacionada com o conhecimento e a habilidade de raciocínio clínico, inerentes à construção do DE. Nesse sentido, Silva *et*

al. (2011b) recomendam que o enfermeiro realize, inicialmente, uma anamnese completa, seguida de um exame físico minucioso, para, então, relacionar estes com os conhecimentos inerentes à enfermagem.

Percebe-se, então, a necessidade de as instituições de saúde, especialmente a UPA, implantarem a educação permanente, como preconizado pela Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), que define a educação permanente como uma ferramenta de aprendizado no trabalho, possibilitando ao profissional refletir sobre potencialidades, gestão, práticas do processo de trabalho individual e em equipe (SILVA *et al.*, 2011a).

Ainda nessa perspectiva, Silva *et al.* (2011a) relatam que a educação permanente é uma estratégia didática primordial, em se reafirma o compromisso com a qualidade do aprendizado. Na unidade de urgência/emergência da UPA, essa ferramenta pode promover o conhecimento do enfermeiro para direcioná-lo à construção do DE. Faz-se necessária, portanto, a implantação da educação permanente para capacitar os profissionais da enfermagem na elaboração da SAE com foco na construção do DE.

Também é referenciada pela PNEP a necessidade de implantação de cursos formais, como pós-graduações, na modalidade de especialização na área de enfermagem. Acredita-se que a implantação da PNEP associada aos conhecimentos prévios do enfermeiro sobre a taxonomia da NANDA-II permite uma melhor construção dos DE e, conseqüentemente, um melhor direcionamento da assistência de enfermagem (BRASIL, 2018).

A taxonomia da NANDA-II disponibiliza 267 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os domínios na taxonomia da NANDA-II (2021-2023) incluem: Domínio 1. Promoção da saúde; Domínio 2. Nutrição; Domínio 3. Eliminação e troca; Domínio 4. Atividade / repouso; Classe 5. Autocuidado; Domínio 6. Autopercepção; Domínio 7. Relação de função; Domínio 8. Sexualidade; Domínio 9. Enfrentamento/tolerância ao estresse; Domínio 10. Princípios de vida; Domínio 11. Segurança/proteção; Domínio 12. Conforto; Domínio 13. Crescimento/desenvolvimento (BRASIL, 2018; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os DE reais predominantes na sala de urgência/emergência na UPA elencados foram relacionados com as doenças recepcionadas na UPA, a saber: o diagnóstico de débito cardíaco diminuído, destacado por 8 (44,4%) enfermeiros; a troca de gases prejudicada, apontada por 7 (38,8%) enfermeiros; a mobilidade física prejudicada, enfatizada por 7 (38,8%) enfermeiros; o déficit do autocuidado, referenciado por 5 (27,7%) enfermeiros; e o padrão respiratório ineficaz, mencionado por 3 (16,6%) enfermeiros (Tabela 4).

Tabela 4: Títulos dos Diagnósticos Reais de Enfermagem elaborados pelos enfermeiros da sala de urgência/emergência da UPA

Variáveis	Domínios	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Débito cardíaco diminuído	4-atividade/repouso	8	44,4
Troca de gases prejudicada	3-eliminação/troca	7	38,8
Mobilidade física prejudicada	4-atividade/repouso	7	38,8
Déficit no autocuidado	4-atividade/repouso	5	27,7
Padrão respiratório ineficaz	4-atividade/repouso	3	16,6
Dor aguda	12-conforto	2	11,1

Confusão aguda	5-percepção/cognição	1	5,6
Deglutição ineficaz	2-nutrição	1	5,6
Distúrbio do padrão do sono	4-atividade/repouso	1	5,6
Eliminação prejudicada	3-eliminação/troca	1	5,6
Hipertermia	11-segurança/proteção	1	5,6
Nutrição desequilibrada	2-nutrição	1	5,6
Ventilação espontânea ineficaz	3-eliminação/troca	1	5,6

* O enfermeiro assinalou mais de um título de DE.

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2022.

Devido ao campo da pesquisa pertencer a um serviço de urgência/emergência, já era de se esperar que esses domínios apresentados fossem os mais incidentes quanto ao atendimento, pois descrevem situações que apresentam quadros típicos de doenças emergenciais atendidas na UPA (SALGADO *et al.*, 2013).

Para melhor compreensão dos DE, eles serão discutidos a partir do seu título e do seu significado. O DE intitulado *débito cardíaco diminuído*, definido como quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender as demandas metabólicas corporais, relaciona-se ao Domínio 4 (atividade/repouso), na classe 4. Esse domínio refere-se às principais urgências atendidas na sala de urgência/emergência, correspondendo ao infarto agudo do miocárdio, comorbidade que interrompe o fluxo sanguíneo do coração, prejudicando a oxigenação do sangue, podendo causar a morte do indivíduo (PEREIRA *et al.*, 2016; HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Salgado *et al.* (2013) afirmam que esse DE é frequente na UPA, capaz, portanto, de direcionar a organização da assistência de enfermagem frente às situações de risco simultâneas e não previsíveis.

O DE *troca de gases prejudicada*, relacionado ao desequilíbrio de oxigenação sanguínea, foi evidenciado no Domínio 3 (eliminação e trocas), na classe 4, denominado a função respiratória, oriunda de vários tipos de doenças, bem como de processos alérgicos, insuficiências cardíacas, influenza, Covid, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, entre outros (OKUNO *et al.*, 2015).

Segundo Okuno *et al.* (2015), a troca de gases prejudicada, a ventilação espontânea prejudicada e o padrão respiratório ineficaz são os mais predominantes nas unidades de urgência/emergência, estando, quase sempre, associados às manifestações clínicas de alterações da oxigenação por eventos pulmonares ou não, causando, assim, problemas reais ou potenciais à saúde. Dessa forma, o enfermeiro, profissional mais próximo do paciente, deve estar atento para identificar, precocemente, as situações de risco e propor, então, um plano de assistência de enfermagem holístico.

O DE *mobilidade física prejudicada*, associado à síndrome da dor crônica, relaciona-se aos movimentos e à mobilidade da parte do corpo, à realização de tarefas e ações trazido pelo Domínio 4 (atividade/repouso), na classe 2, denominado Atividade/exercício. Este é caracterizado por sintomas decorrentes de doenças que acometem, principalmente, estruturas cerebrais, como o acidente vascular encefálico (AVE). O diagnóstico de mobilidade no leito prejudicada exige um grau de cuidado maior da equipe, além do cumprimento de protocolos de segurança do paciente (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

O DE *déficit no autocuidado* está relacionado à capacidade de desempenhar cuidados ao próprio corpo e às funções corporais. Os pacientes atendidos na sala de urgência/emergência apresentam, geralmente, uma capacidade de autocuidado prejudicada, como apresenta o domínio 4 (atividade/repouso), na classe 5, denominado de Autocuidado (NANDA-I 2022-2023). Esse déficit do autocuidado se manifesta em função do próprio quadro de gravidade apresentado pela patologia instalada e influencia diretamente na dificuldade de alimentação e de higiene íntima. Vislumbra-se que, nesses casos, o paciente tem a necessidade de um acompanhante para auxiliá-lo nos procedimentos citados (NASCIMENTO, 2017).

Por fim, o DE *dor aguda* relaciona-se à sensação de bem-estar e de tranquilidade, sem dores. Os pacientes da sala de urgência/emergência vivenciam, em muitos casos, situações de mal-estar e de dor, inspirando, assim, cuidados da equipe de enfermagem. Esse DE é abordado no domínio 12. Conforto, na classe 1, denominado conforto físico (NANDA-II 2021-2023) – Em conjunto com a dor, estabelecem-se situações que causam estresse de conforto, como ansiedade, angústia e impaciência. Sabe-se que a dor é um fator que conduz os indivíduos para as UPAs por necessidade de uma analgesia mais potente (endovenosa) ou por falta de diagnóstico e necessidade de acompanhamento médico hospitalar emergencial. A dor aguda sempre requer protocolos específicos de urgência/emergência (ROSA *et al.*, 2021).

Em relação aos diagnósticos de risco, foram citados 15 (83,3%) para risco de infecção, 11 (61,1%) para risco de queda, 8 (44,4%) para risco de integridade da pele prejudicada e 3 (16,7%) para risco de lesão por pressão, entre outros diagnósticos mencionados, conforme a exposição da Tabela 5.

Ressalta-se que os autores Salgado *et al.* (2013) e Silva (2011b) afirmam que o diagnóstico de risco de infecção e de queda são inerentes a situações de todos os pacientes atendidos na sala de urgência/emergência da UPA, visto que tais DE estão associados diretamente aos procedimentos desenvolvidos nesse setor.

Tabela 5: Títulos dos DE de riscos elaborados pelos enfermeiros da sala de urgência/emergência da UPA

Títulos	Domínios	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Risco de infecção	11-segurança/proteção	15	83,3
Risco de queda	11-segurança/proteção	11	61,1
Risco de integridade da pele prejudicada	11-segurança/proteção	8	44,4
Risco de lesão por pressão	11-segurança/proteção	3	16,7
Risco de débito cardíaco diminuído	4-atividade/repouso	2	11,1
Risco de glicemia instável	2-nutrição	2	11,1
Risco de pressão arterial instável	4-atividade/repouso	1	5,6

* Os enfermeiros assinalaram mais de uma opção.

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2022.

Percebe-se que os títulos de diagnóstico de risco mais utilizados estão relacionados ao domínio 11, Segurança/proteção, na classe 1, denominado infecção,

relacionado a partir das respostas do hospedeiro após a invasão de patógenos. A prevalência do diagnóstico Risco de infecção está relacionada aos procedimentos invasivos e à imunossupressão, que é presente, em muitos casos, em paciente atendido pelo serviço de urgência/emergência (SALLUM; SOUSA, 2012).

Observou-se que o DE *risco de infecção* foi o mais frequente. Isso se deve ao fato de o setor de urgência/emergência ter como principais fatores de risco procedimentos invasivos, trauma e exposição ambiental aumentada a patógenos. Sallum e Sousa (2012) também evidenciaram o risco de infecção no rol de mais incidentes. A partir do momento em que o paciente é recepcionado no ambiente hospitalar, ele é exposto a diversas bactérias, fungos e vírus, pois é submetido a procedimentos diversos, como punções, coletas de sangue, cateterismos e sondagens. Assim, o paciente apresenta o risco de infecção em decorrência de todos os aspectos contidos no ambiente hospitalar (NASCIMENTO, 2017).

A classe 2, lesão física, traz o DE de *risco de quedas*, caracterizado, na maioria das vezes, pelo rebaixamento do nível de consciência. O risco de lesão por pressão e o risco de integridade da pele, prejudicada, por exemplo, por fixação de dispositivos hospitalares, podem remeter a doenças como a cetoacidose diabética, em que o paciente, no momento crítico, pode apresentar riscos para o desenvolvimento de lesões que devem ser classificadas a partir de escalas, como a de morse. O risco de queda pode ser identificado, também, a partir da avaliação da escala de Braden, em paciente que apresenta fragilidades cutâneas, como a perda de sensibilidade nas extremidades e o ressecamento da pele (SALGADO *et al.*, 2013).

O *risco de glicemia instável*, causado pela quantidade de alimentos ou nutrientes para dentro do organismo, consta no domínio 2, Nutrição, classe 1 (NANDA-II 2021-2023). A partir do momento em que o paciente entra no setor de urgência/emergência, ele fica submetido ao acompanhamento nutricional estabelecido mediante a suspeita clínica até o estabelecimento do diagnóstico médico. A enfermagem, em casos como esse, pode estabelecer o DE de risco se o paciente desenvolver quadros de hipoglicemia por jejum prolongado (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

Os DE reais e os de risco mais prevalentes no presente estudo, seguindo a taxonomia NANDA-II, foram referentes aos domínios “atividade e repouso”, “conforto”, “nutrição” e “segurança e proteção”, o que corrobora os resultados do estudo sobre “Os DE mais utilizados em um hospital de urgência e emergência”, de Rosa *et al.* (2013). Neste estudo, prevaleceram os diagnósticos sobre troca de gases prejudicada, ventilação espontânea ineficaz e padrão respiratório ineficaz. Além disso, os diagnósticos de risco mais frequentes foram os de infecção, integridade da pele prejudicada e queda (ROSA *et al.*, 2013).

Sabe-se que todo processo de trabalho requer empenho, habilidade e competência de toda a equipe envolvida. Por essa e por outras razões, treinamentos para aprimoramento e aperfeiçoamento dos profissionais são de suma importância para o sucesso da gestão de insumos, dos recursos financeiros e dos recursos humanos. Portanto, a implantação da SAE é importante não somente para a urgência e emergência da UPA, mas também para todos os setores da saúde (BORGES; SÁ; NEVES, 2017).

O profissional de enfermagem é responsável pelo serviço de urgência e emergência desde a classificação de Manchester, de acordo com sinais e sintomas

avaliados pelo enfermeiro, até o processo de reabilitação do paciente, no intuito da alta hospitalar e direcionamento para os demais serviços da rede de atenção à saúde (DANSKI *et al.*, 2017).

4 CONCLUSÃO

Neste estudo, evidenciaram-se os diagnósticos de enfermagem reais e os de risco utilizados na sala de urgência/emergência da UPA de Patos de Minas (MG), identificando-se 13 DE reais e 7 de risco, elaborados com base na taxonomia da NANDA I (2022-2023). Os diagnósticos reais mais frequentes foram os seguintes: débito cardíaco diminuído, troca de gases prejudicada, mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado. Em relação aos DE de risco, destacou-se, com maior frequência, os relacionados à infecção, queda e integridade da pele prejudicada.

É notória a contribuição dos DE para a fundamentação e para a elaboração dos planos de cuidados de enfermagem, para que, assim, seja possível atender às necessidades humanas básicas, bem como favorecer o processo de gestão do cuidado ao paciente na sala de urgência/emergência.

Diante dos desafios elencados pelos enfermeiros da UPA em construir os diagnósticos de enfermagem, faz-se necessária a implantação da educação continuada e da educação permanente.

Ressalta-se a relevância da responsabilidade técnica da enfermagem da UPA e dos gestores do município para implantarem a educação permanente e continuada na UPA como forma de informar, viabilizar e implantar a elaboração dos DE e do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Considerando-se a escassez da literatura em relação à temática deste trabalho, vê-se a necessidade de relatar os desafios enfrentados na sala de urgência e emergência das unidades de saúde. Além disso, vê-se a pertinência da elaboração de mais estudos nessa área, tendo em vista a ampliação do olhar dos enfermeiros a respeito da essencialidade dos DE como uma forma de promoção de saúde, prevenção de complicações, tratamentos e reabilitação dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BIZINELLI, B. M. *et al.* Acesso à atenção primária à saúde em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 198-205, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i3.39>.

BORGES, T. A. C.; SÁ, R. C.; NEVES, M. G. C. Planejamento da assistência em enfermagem: proposta para implementação de um instrumento administrativo-assistencial. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 28, n. 3-4, p. 413-418, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-972673>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Legislação para o Exercício da Enfermagem. Brasília: COFEN, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.

DANSKI, M. T. R. *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 01-06, 2017. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304>.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. T. **NANDA International, Inc. DE: definições e classificação: 2021-2023**. Rio de Janeiro: Thieme, 2021, p. 07-587.

HORTA, W. D. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1979.

MARINHO, C. L. A. *et al.* Necessidades humanas básicas de pessoas em hemodiálise sob à luz da teoria de Wanda Horta. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 19, p. 01-07, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.47832>.

NASCIMENTO, S. S. **DE em uma unidade de pronto atendimento: utilizando os sistemas de king**. 2017. 164 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/24785>.

OKUNO, M. F. P. *et al.* DE mais utilizados em serviço de emergência. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 385-391, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.38606>.

PEREIRA, J. M. V. *et al.* Nursing diagnoses of hospitalized patients with heart failure: a longitudinal study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 929-936, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000700008>.

RODRIGUES, T. T. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem: uma década de implementação sob a ótica do enfermeiro. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 34, p. e-021055, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/read-2021-v.95-n.34-art.996>.

ROSA, C. O. P. *et al.* DE mais utilizados em um hospital de urgência e emergência considerando a taxonomia da NANDA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. e5210, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5210.2021>.

SALGADO, P. O. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes numa unidade de emergência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 1, p.83-89, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/10207>.

SALLUM, A. M. C.; SOUSA, R. M. C. DE em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 256-262, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000200016>.

SANTOS, I. A.; APARECIDO, T. C. Diagnóstico de enfermagem em urgência e emergência. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 14, p. e159101421937, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21937>.

SILVA, E. G. C. *et al.* O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600015>.

SILVA, A. G. I. *et al.* Dificuldades dos estudantes de Enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 466-471, 2011b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300004>.

SILVA, E. C. *et al.* Gerenciamento do tempo das ações de enfermagem no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados. **Revista de Enfermagem UFPE On-Line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 3920-3928, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/13616>.

Cuidados paliativos: conhecimento e assistência de médicos de Patos de Minas (MG)

Palliative care: knowledge and assistance of physicians in Patos de Minas (MG)

CAMILA ADRIANE ALMEIDA SILVA

Discente de Medicina (UNIPAM)
E-mail: camilaadriane@unipam.edu.br

FRANCIS JARDIM PFEILSTICKER

Professora orientadora (UNIPAM)
E-mail: francis@unipam.edu.br

Resumo: Cuidado Paliativo (CP) é um termo designado para definir o conjunto de práticas prestadas por uma equipe multiprofissional aos pacientes com enfermidades que ameaçam a continuidade da vida e sem prognóstico de cura. Tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida tanto dos pacientes quanto dos seus familiares. Apesar dos seus benefícios, a aplicabilidade dos CP é limitada por questões logísticas e por falta de conhecimento. O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento e a assistência em cuidados paliativos de médicos de Patos de Minas - MG, por meio da aplicação, de forma online e presencial, de questionário composto por 29 itens, com perguntas relacionadas ao conhecimento e à experiência profissional em CP. Este estudo foi aprovado conforme o parecer do CEP nº 47.926.721. Obteve-se como resultado que médicos de Patos de Minas - MG demonstraram conhecimento teórico sobre os CP, contudo há pouca aplicabilidade desse tipo de cuidado em suas práticas profissionais diárias.

Palavras-chave: cuidados paliativos; conhecimento médico; formação acadêmica.

Abstract: Palliative Care (PC) is a term designated to define the set of practices provided by a multidisciplinary team to patients with life-threatening illnesses and no prognosis for cure. Its aim is to improve the quality of life of both patients and their families. Despite its benefits, the applicability of PC is limited by logistical issues and lack of knowledge. The present study aimed to identify the knowledge and assistance in palliative care among and lack of knowledge in Patos de Minas - MG, through the administration of an online and in-person questionnaire composed of 29 items, with questions related to knowledge and professional experience in PC. This study was approved according to the opinion of the Research Ethics Committee under protocol number No. 47,926,721. The results obtained showed that physicians in Patos de Minas - MG demonstrated theoretical knowledge about PC, but there is limited implementation of this type of care in their daily professional practices.

Keywords: palliative care; medical knowledge; academic education.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de a terminalidade da vida ser algo certo e inevitável, há uma resistência histórica em versar sobre a morte e aceitá-la como um processo natural. E mesmo com os avanços tecnológicos e médicos que possibilitam controlar a evolução natural das doenças e alongar os anos de vida, a morte é uma condição inexorável (MENDES; MONTEIRO, 2016).

Os médicos que lidam diariamente com o sofrimento e com a morte humana não estão preparados para lidar com a finitude e para conduzir de forma natural e leve o processo de morte dos seus pacientes (ARANTES, 2016). Essa situação vem sendo agravada pela prevalência do modelo médico individualista e tecnicista das últimas décadas, reduzindo o atuar médico a uma simples capacidade técnica, desmerecendo a perspectiva do cuidado humano (BLASCO, 2016).

Assim, os Cuidados Paliativos (CP) apresentam-se como uma alternativa a esse modelo tecnicista, uma filosofia de cuidado integral voltado para pessoas com doenças progressivas que ameaçam a continuidade da vida. Têm como prioridade proporcionar a esses doentes condições dignas e com melhor qualidade até os últimos segundos, independentemente do tempo que lhes resta (BLASCO, 2016).

Diferentemente da medicina curativa, a qual submete os pacientes a diferentes procedimentos invasivos a fim de prolongar a vida a qualquer custo, os cuidados paliativos têm como concepção amparar os pacientes com doenças graves e letais a terem a vida mais plena, eliminando a dor e preservando as faculdades mentais por maior tempo possível (BLASCO, 2016).

Além disso, busca conduzir o processo de morte, de forma semelhante ao nascimento, como um processo leve e natural, amenizando o sofrimento físico e psíquico dos envolvidos, pois, afinal, aceitar a vida e aceitar a morte como um processo normal não atrasa nem antecipa a morte (CAPELAS *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos constituem uma necessidade de saúde e são um problema, devido ao grande número de pessoas que necessitam desse tipo de cuidado e a carência de profissionais experientes para conduzi-lo a fim de amenizar o impacto social, familiar e econômico da morte (CAPELAS *et al.*, 2016). Realizar os CP é algo que qualquer médico poderia e deveria saber fazer, independentemente da sua especialidade médica, pois este se mostra um cuidado integral, ético, realista, impregnado de ciência e arte, dedicado ao bem-estar do paciente.

Contudo, o CP como disciplina não consta na grade curricular da maioria das escolas médicas brasileiras, conseqüentemente, muitos médicos brasileiros não são preparados e educados para lidar com a terminalidade da vida e com o sofrimento humano (BLASCO, 2016).

Diante do exposto, o presente estudo, teve como objetivo identificar o conhecimento e a assistência em cuidados paliativos de médicos de Patos de Minas - MG.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma pesquisa exploratória, descritiva, transversal e de abordagem quantitativa, que teve como objetivo avaliar o conhecimento e a assistência em cuidados paliativos de médicos de Patos de Minas - MG.

A amostra do estudo foi composta por médicos e médicas de Patos de Minas, que trabalham nos hospitais da rede pública e privada, pertencentes ao grupo de médicos horizontais da enfermagem, intensivistas de CTI adulto, oncologistas, geriatras e/ou hematologistas.

Foram excluídos os participantes que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou que responderam de forma incompleta o questionário.

O questionário foi composto por 29 perguntas, as quais foram divididas nas três seguintes seções: perfil profissional; o conhecimento e formação acadêmica; experiência prática em Cuidados Paliativos. O questionário foi adaptado de Mendes e Caldas (2013).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2021 e maio de 2022. Inicialmente, devido ao isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19, os convites foram realizados, a cada vinte dias, por um período de 3 meses, via e-mail e WhatsApp, e o questionário foi enviado de forma *online*, por meio da plataforma *Google Forms*.

Com a flexibilização das medidas sanitárias, introduziu-se a aplicação presencial do questionário nos hospitais particulares e públicos — Nossa Senhora de Fátima (HSNF), Vera Cruz, Hospital Imaculada Conceição, Hospital Regional Antônio Dias e Hospital de Santa Casa de Misericórdia de Patos de Minas —, já que o preenchimento do modelo *online* estava aquém do que era necessário para a realização da pesquisa.

O preenchimento do questionário ocorreu somente após o consentimento do TCLE. A obtenção do TCLE foi realizada de forma *online* e presencial. O aceite *online* se deu por meio da confirmação no botão “Aceito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. O termo TCLE ficou disponível em formato PDF para o participante após o preenchimento do questionário, e foi recomendado na página final do questionário que o participante guardasse uma cópia dele. Os participantes que responderam de forma presencial receberam uma cópia impressa do TCLE.

Após a conclusão da coleta dos dados, foi realizado o *download* dos dados coletados de forma *online* para um dispositivo eletrônico local, apagando-se todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou “nuvem”. Os dados obtidos foram utilizados apenas para fins científicos. Os questionários respondidos fisicamente também foram arquivados. Não foi divulgada nenhuma informação que possibilitasse a identificação do profissional.

Após a coleta, os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva, utilizando-se as variáveis de moda, mediana, média e porcentagem, e apresentados em tabelas e gráficos com a frequência de cada variável em números absolutos e relativos.

Foi disponibilizada, ao final do questionário, uma cartilha informativa sobre Cuidados Paliativos para os médicos que desejassem conhecer ou aprofundar um pouco mais sobre a temática.

A pesquisa possibilitou uma maior difusão da temática entre os médicos, que poderão dedicar-se a um atendimento mais humanizado aos seus pacientes.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (CEP - UNIPAM), sob número 5.275.595. O CEP obedece às normas e legislação nacional vigente, para realização da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e 466/2012. Foram respeitados a privacidade e o sigilo, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12/12/2012.

3 RESULTADOS

Os questionários foram entregues pessoalmente e/ou enviados por meio da plataforma eletrônica *Google Forms* para sessenta e cinco médicos de Patos de Minas - MG. Desse total, vinte (20) deram a devolutiva, configurando-se um índice de resposta de 30,76%.

Antes da apresentação dos resultados, ressalta-se, aqui, a enorme dificuldade para obter participação dos profissionais na pesquisa. Apesar de ser um questionário pequeno e rápido de ser respondido, a maioria dos convites foi ignorada, e muitos participantes não realizaram a devolução das respostas.

Os dados obtidos foram analisados conforme as três seguintes subdivisões presentes no questionário: perfil do profissional; conhecimento e formação em Cuidados Paliativos; experiência profissional.

A primeira dimensão do questionário foi composta por sete perguntas relacionadas ao perfil profissional. Os resultados obtidos revelaram que 65% dos participantes eram do sexo feminino e 35% do sexo masculino; com idade média de 37,85 anos; com maior número de participantes na faixa etária entre 26-31 anos (35%), seguida por aqueles entre 44-49 (25%).

Evidenciou-se que o ano de formação no curso de Medicina dos profissionais variou de 1986 a 2020. A grande maioria dos participantes (65%) formou-se em faculdades privadas, 20% em faculdades públicas e 15% em fundações. Houve a prevalência da residência Clínica Médica (44,8%), seguida da Geriatria (11,1%); 22,2% dos profissionais não apresentaram residência ou especialização.

Quando questionados sobre a motivação para trabalhar no CTI adulto, 65% dos participantes afirmaram gostar de atuar na atenção terciária, outros 25% alegaram estar relacionada ao salário e à carga horária de trabalho e apenas 10% declararam que não têm outras opções de trabalho.

A segunda dimensão do questionário consistiu em dezessete perguntas sobre o conhecimento e a formação em Cuidados Paliativos. A primeira questão abordou o conhecimento sobre o que são os CP. Os resultados colhidos foram que 60% dos participantes afirmaram ter uma ideia clara do que são; 30% assinalaram ter uma ideia razoável sobre o que são e 10% declararam ter uma ideia vaga sobre o que são. Não houve respostas na opção "nunca ouvir falar".

A respeito do conhecimento da definição de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70% dos participantes afirmaram conhecer. A

seguir, as respostas obtidas quando questionados em qual conceito os CP melhor se encaixariam.

Tabela 1: Conhecimento dos termos de condutas médicas realizadas

RESPOSTAS	N	%
Ortotanásia	15	75
Distanásia	4	20
Eutanásia	0	0
Não sei	1	5
Total	20	100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Entre os participantes, 25% afirmaram nunca ter participado de aulas, cursos e/ou palestras sobre cuidados paliativos; todos eles apontaram como causa a carência de oportunidades e/ou a falta de conhecimento de eventos que abordassem a temática. Destaca-se que as opções “não tenho interesse” e “não acho importante” não foram apontadas como causas.

Em relação ao nível de instrução recebido durante a graduação sobre o cuidado de pacientes em estágios terminais, 20% dos médicos responderam que se sentiam completamente preparados; 60% relataram que houve poucas oportunidades para que se discutisse a temática com maior profundidade; 20% dos participantes não tiveram contato com a temática durante a graduação.

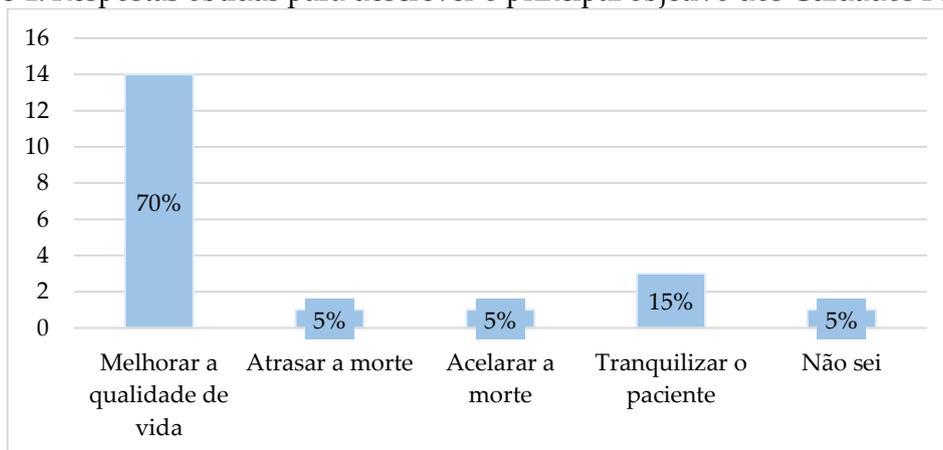
Acerca da indicação etária do CP, verificou-se que 90% dos participantes afirmaram que este poderia ser prestado em qualquer faixa etária e 10% afirmaram ser voltado somente aos idosos. As demais opções, “somente para crianças” e “somente para adultos”, não foram assinaladas.

No que se refere às situações clínicas em que o CP pode ser iniciado, 70% das respostas apontaram que este deve ser prestado a todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis que ameaçam a continuidade de vida; 20% informaram ser indicado somente para pacientes com câncer ou doenças degenerativas neurológicas; 10% afirmaram que pode ser iniciado em qualquer tipo de doença.

Sobre o momento em que o CP deve ser iniciado, 75% dos médicos afirmaram que este deve ser instaurado o mais precoce possível, inclusive com outros tratamentos; 20% apontaram que deve ser realizado somente quando não há mais outras possibilidades curativas que se possam fazer; 5% dos participantes informaram que deve ser a partir do momento em que o paciente fica com suas condições físicas debilitadas; 35% dos participantes afirmaram que o CP finaliza com a morte do paciente.

Em relação aos profissionais de saúde que podem prestar o CP, obteve-se que 85% dos médicos apontaram que pode ser qualquer profissional da saúde; 15% assinalaram que somente os médicos poderiam realizar o CP. O gráfico a seguir representa as respostas obtidas sobre a melhor descrição do objetivo do CP.

Gráfico 1: Respostas obtidas para descrever o principal objetivo dos Cuidados Paliativos



Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Para um melhor entendimento dos dados obtidos a seguir, salienta-se que algumas perguntas do questionário possibilitaram que o participante assinalasse mais de uma alternativa. Considerado isso, solicitou-se que os participantes apontassem quais são as principais preocupações das pessoas diagnosticadas com doenças incuráveis, com a alternativa “medo da morte” com a moda de 19 (95%), seguida por “medo da dor” e “medo de se tornar um estorvo/empecilho para os outros”, assinaladas 16 (80%) e 15 (75%), respectivamente. As alternativas “medo de ficar dependente” com 55% e “medo da solidão” com 35% foram escolhidas por um número significativo de participantes.

No que diz respeito às três principais necessidades dos pacientes com risco iminente de morte, obteve-se que 100% dos participantes escolheram a alternativa “alívio do sofrimento físico”, seguida por 85% “apoio psicológico” e 65% “apoio espiritual”.

Quanto à necessidade das famílias com doentes terminais, obtiveram-se as três respostas com maior frequência, sendo o “apoio psicológico”, “apoio no luto após a morte” e “cuidados de enfermagem” com 95%, 65% e 35%, respectivamente.

Por fim, na última pergunta da segunda dimensão do questionário, solicitava-se aos participantes apontar o local o mais adequado para prestar CP. Obteve-se que 25% dos participantes marcaram 4 alternativas (em casa, por membros da família; em casa, acompanhado por cuidadores profissionais; nos lares de idosos; nos hospitais). Outros 25% assinalaram 2 respostas (20% marcaram em casa, por membros da família e em casa, acompanhado por cuidadores profissionais; 5% em casa, por membros da família e hospitais) e os outros 50% assinalaram apenas 1 alternativa (30% em hospitais; 15% em casa por membros da família e 5% em casa, acompanhado por cuidadores profissionais).

Já na terceira e última dimensão do questionário, composta por cinco questões relacionadas com a experiência profissional em CP, obteve-se que 75% dos médicos afirmaram que estão preparados e que encaram a morte como um processo natural; 25% afirmaram que ainda não estão preparados, mas não associam a morte a uma derrota, perda ou frustração; nenhum dos participantes indicou que lida com desencantamento diante da morte.

A respeito de possuir experiências na prestação em CP, 15% dos participantes afirmaram nunca ter tido oportunidade; já os que tiveram, 65%, relataram que o contato ocorreu durante a prática profissional; 5% apontou que tiveram oportunidade ao longo da graduação.

No que concerne às maiores dificuldades e/ou empecilhos encontrados durante a prestação do CP, as mais apontadas se relacionam com a insuficiência de conhecimentos (60%), seguida por resistência familiar (45%) e dificuldades financeiras relacionados aos custos dos procedimentos empregados no CP (30%). Destaca-se que 10% dos participantes afirmaram não prestar esse tipo de assistência.

Por fim, nas duas últimas perguntas, obteve-se que somente um participante declarou que não discorda nem concorda ser importante a prestação de CP. Quanto ao interesse em estudar mais sobre a temática, 90% dos médicos afirmaram que gostariam de ter oportunidade, conforme observamos na tabela a seguir.

Tabela 2: Interesse dos participantes em estudar mais sobre Cuidados Paliativos

RESPOSTAS	N	%
Sim	18	90
Não	1	5
Acredito já possuir os conhecimentos suficientes	1	5
Total	20	100

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

4 DISCUSSÃO

A respeito do conceito de CP, apesar das poucas oportunidades durante a formação médica — apenas 5% tiveram contato com a temática durante a graduação — a grande maioria dos participantes (70%) afirmou ter conhecimento sobre a definição da Organização Mundial da Saúde.

Nesse sentido, a primeira definição de CP foi no ano de 1990 e preconizava a assistência voltada para os portadores de câncer. Em 2002, o conceito foi revisto e ampliado, incluindo a assistência a outras doenças que ameaçam a vida, como doenças cardíacas e degenerativas.

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

A proposta do CP diferencia-se da perspectiva tradicional da medicina curativa, a qual prioriza a doença e busca prolongar a vida do doente ao máximo, proporcionando, frequentemente, mais danos do que benefícios. O CP propõe um cuidado mais humanitário e integral, com enfoque principal em promover a qualidade de vida do enfermo. Preza pelo controle da dor, pela promoção de conforto e da autonomia, pela prevenção de agravos e de incapacidades, pela manutenção de

atividades significativas para o doente, pela ativação de recursos emocionais e sociais de enfrentamento do processo de adoecimento e pelo apoio à família e aos cuidadores (DALPAI *et al.*, 2017).

Verificou-se que 75% dos participantes afirmaram corretamente que o CP melhor se encaixa no conceito de ortotanásia, prática que consiste no direcionamento dos indivíduos em estágio terminal pelos profissionais de saúde para uma morte sem sofrimento, com a dispensação de métodos desproporcionais de prolongamento de vida (FELIX *et al.*, 2013).

O segundo termo mais marcado foi a distanásia (20%), que corresponde à utilização de métodos e tratamentos que prolongam a vida biológica do paciente, sem qualidade de vida e dignidade (MENEZES *et al.*, 2009).

Em vista disso, conclui-se que conhecimentos sobre conceitos básicos de práticas exercidas no cuidado de pacientes com doenças terminais ainda são desconhecidos por uma parcela dos médicos submetidos à pesquisa.

A grande maioria dos participantes formou-se no curso de medicina entre os anos 2000 e 2010. Por esse ângulo, salienta-se que, apesar dos CP terem surgido oficialmente no ano de 1960 no Reino Unido, com a médica precursora Cicely Saunders (GOMES; OTHERO, 2016), muitos países, inclusive o Brasil, implementaram seus primeiros serviços de cuidados paliativos somente no final dos anos 90. Assim, por se tratar de uma abordagem médica bastante recente, muitos dos médicos praticantes, no momento atual, nunca tiveram contato com a temática durante a graduação (PALMEIRA *et al.*, 2011), o que vai ao encontro dos resultados encontrados, em que apenas um participante afirmou ter tido experiência com a temática durante a graduação.

Também se verificou a escassez de oportunidades relacionadas à capacitação de médico em CP, uma vez que, quando perguntada a razão da não participação em eventos que abordam a temática, 100% das respostas indicavam a ausência de oportunidades e/ou a ciência de eventos sobre o assunto.

Para a OMS, a escassez de treinamento e conscientização de profissionais de saúde sobre a importância dos cuidados paliativos é uma das maiores barreiras para melhorar o acesso dos pacientes aos cuidados (FREITAS, 2017).

No Brasil, o ensino dos cuidados paliativos na formação médica no Brasil ainda se mantém tímido e restrito nos currículos de graduação em medicina. Mesmo quando ofertados, são espremidos entre conteúdos de grandes áreas, com carga horária insuficiente, considerando apenas o que é minimamente necessário à apropriação desse conteúdo. Além disso, a temática é ministrada de forma não horizontalizada, dificultando sua integração aos demais tópicos de estudo (FREITAS, 2017).

Nesse sentido, verificou-se que, quando perguntado se, durante a graduação, o participante recebeu informações suficientes sobre o cuidado de pacientes em situação terminal, apenas 15% dos participantes responderam que se sentiam totalmente preparados, em contraponto aos 65% que afirmaram que faltaram oportunidades para discutir a temática com maior profundidade e 20% nunca estudaram, durante a graduação, sobre o tratamento de pacientes em estágios terminais.

Malta *et al.* (2018) atestaram que a dificuldade em atingir o método ideal de ensino também se relaciona à falta de profissionais capacitados para ensinar e assumir a disciplina dentro de serviços médicos por ser este um tema muito novo na medicina em

geral. É neste contexto que se faz necessária a inclusão de disciplina voltada ao estudo do processo de morte e de morrer, tratando, além do conhecimento, do manejo de fármacos e nutrição, avaliação e controle da dor e outros sintomas, da habilidade em comunicação e da questão da finitude e seus aspectos éticos e legais associados à clínica diária da equipe de saúde.

Outra questão que envolve a formação médica é que, nos últimos anos, tem-se supervalorizado a formação técnica e esquecido de abordar a parte humana e empática do cuidar. O médico aprende somente a curar e não lhe é ensinado a abordar outros atributos, como providenciar o alívio e o conforto dos seus pacientes. A medicina não é uma ciência exata; necessariamente tem falhas, que só podem ser reparadas com amor e dedicação. Quando o médico entende a medicina como uma ciência exata, terá como consequências o insucesso, uma vez que se apresenta como um técnico brilhante, mas que é incapaz de aproximar-se do paciente e sintonizar com sua afetividade (BLASCO, 2016).

Dificuldades relacionadas à ausência de capacitação/conhecimento (60%), resistência familiar (45%) e dificuldades financeiras relacionadas aos custos dos procedimentos empregados no CP (30%) foram apontadas como empecilhos para uma maior prestação amplificada dos CP.

Comumente, os familiares dos pacientes, influenciados por dogmas religiosos e pelo tradicionalismo, recusam-se a aceitar novas atitudes em relação ao processo morte, impedindo que o paciente desfrute de uma partida mais tranquila e com menos dor (SILVA, 2015). Além disso, devido ao desconhecimento, frequentemente os familiares associam o encaminhamento para cuidados paliativos como uma desistência, o que dificulta a tomada de decisão em aceitar esse tipo de cuidado (PINHO *et al.*, 2020).

Quanto aos obstáculos financeiros, em uma revisão sistemática de literatura de 15 artigos publicados entre 2014 e 2019 (VASCONCELOS, 2019) concluiu-se que os pacientes sob CP apresentaram comparativamente não só menores custos, mas também menor frequência de internação em unidade de terapia intensiva, menor realização de procedimentos, menor permanência hospitalar, menor percentual de óbitos no hospital. Devido a uma percepção equivocada, pode-se desperdiçar a oportunidade de investir em alternativas que poderiam trazer mais ganhos para os pacientes.

No que diz respeito às situações para as quais os CP são indicados, identificou-se que a maior parte dos profissionais (70%) de Patos de Minas - MG soube assinalar a alternativa adequada. Palmeira (2011) afirma que as ações paliativas se aplicam a qualquer doença ativa, progressiva ou que ameaça a continuidade da vida, ou seja, estendem-se aos casos em que a morte pode se constituir como um processo de evolução natural em relação ao adoecer, ainda que se prolongue por anos. A diferença da amplitude e da atribuição dos cuidados depende muito da fase em que se encontra a doença, sendo os cuidados paliativos irrealizáveis apenas quando ocorrem mortes súbitas, por doença, por acidente ou por violência.

Relativamente ao momento em que deve ser iniciado o emprego dos CP e se estes podem ser fornecidos com tratamentos curativos, observou-se a prevalência de respostas assertivas, com 75% e 85%, respectivamente. Nesse sentido, segundo a definição de CP da Organização Mundial da Saúde de 2002, desde o diagnóstico para doenças graves, progressivas e incuráveis, o paciente deveria receber a abordagem

baseada nos CP, aliada com as demais terapias, visto que os CP são baseados nos princípios da dignidade da pessoa humana, da universalidade e da não-discriminação, referidos na Carta dos Direitos Humanos como um direito à saúde (CAPELAS *et al.*, 2016).

Afirmando essa visão, em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts – Palliative Care*, reitera a necessidade de inclusão dos cuidados paliativos no tratamento a todas as doenças crônicas (GOMES; OTHERO, 2016).

Acerca da equipe de profissionais envolvida na prestação dos CP, da totalidade de participantes, apenas 15% apontaram que tais cuidados podem ser prestados apenas por médico. Uma percepção errônea, já que o paciente em estado terminal deve ser assistido integralmente e isso requer complementação e partilha de saberes e responsabilidades (MONTEIRO *et al.*, 2020) e, por melhor que sejam os conhecimentos técnicos do médico, ele sozinho não conseguirá suprir todas as necessidades que um paciente exige.

Assim, as ações paliativas devem ser prestadas por uma equipe multiprofissional, com enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, dentista e assistente espiritual (ANCP, 2012). Trata de uma equipe na qual não há uma liderança, mas a integração dos membros na realização de um plano assistencial para o paciente, a fim de promover uma assistência integral e completa (MONTEIRO *et al.*, 2020).

E, para que o trabalho em equipe resulte em bons resultados, a comunicação clara entre os membros e a família é a chave para o sucesso do CP. É extremamente importante que cada membro da equipe saiba reconhecer o que é da sua área de atuação e que integre com outros profissionais das diferentes especialidades, para que, assim, as diferentes demandas se resolvam em conjunto (ANCP, 2012).

Sobre as principais preocupações dos pacientes diagnosticados com doenças terminais, as duas respostas “medo da morte”, com 95%, e “medo da dor”, com 85%, obtiveram destaque. Esse resultado encontra-se em consonância com os sentimentos relatados por pacientes em fases terminais, visto que o processo de adoecimento, muitas vezes de forma abrupta, envolve várias modificações na vida e reduz, de diferentes formas, a qualidade de vida do paciente e do grupo familiar (PINHO *et al.*, 2020).

Exemplo disso é a debilitação física provocada pela evolução da doença e por terapêuticas invasivas, assim como a alteração das atividades diárias até a interrupção de sonhos de vida. Todas essas mudanças trazem repercussões sociais e psicológicas, como medo, ansiedade e raiva (GODINHO *et al.*, 2021).

A aplicação dos CP pode ser uma opção que possibilita uma morte digna e com menor sofrimento possível ao enfermo. Os seus benefícios incluem a promoção do conforto, a clarificação dos objetivos dos cuidados, a diminuição dos custos de saúde, o alívio da dor e de outros sintomas geradores de dor (CAPELAS *et al.*, 2016), como náuseas, e a redução de sintomas psicológicos, como ansiedade, medo e tristeza, tanto dos pacientes quanto dos familiares (SPRUIT; PAUL, 2019).

Ademais, 65% das respostas consideram que o ambiente mais adequado para a realização do CP é em casa, com variações de que o paciente deve ser acompanhado por familiares e/ou por cuidadores profissionais. Segundo Gomes e Othero (2016), não há um modelo único e ideal para a prestação dos cuidados, e existe a possibilidade de

diferentes modelos de assistência. O que vai determinar o tipo são as necessidades e os recursos locais. Contudo, ressalta-se que a existência de equipes de referência e/ou de equipes de apoio é fundamental.

Por último, obteve-se que 35% dos participantes afirmaram que os CP finalizavam com a morte do paciente em tratamento. Contudo, esses cuidados se estendem até mesmo durante o luto dos familiares, não sendo finalizado com a morte física do paciente. É importante destacar que o CP também tem como objetivo amenizar a dor e o sofrimento psíquico e espiritual (SÃO PAULO, 2020). Assim, proporciona um sistema de suporte que ajuda a família a lidar com o processo de morte e com o processo de luto (CAPELAS *et al.*, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo, concluiu-se que a maior parte dos profissionais conseguiu responder adequadamente às questões teóricas básicas relacionadas aos cuidados paliativos. Contudo, quando foi perguntado a eles sobre questões práticas e de aplicabilidade, muitos demonstraram desconhecimento e discordância entre as respostas dadas. Um exemplo disso é a permanência do senso comum de que os CP dispensam maiores custos quando comparados aos cuidados curativos.

Além disso, averiguou-se que a escassez de iniciativas, como aulas e cursos voltadas para a capacitação profissional, tanto dos estudantes de medicina quanto dos profissionais atuantes, impede que o CP tenha seu emprego ampliado.

Dessa forma, é clara a necessidade de ampliar a discussão sobre a temática, para que os médicos e os demais profissionais da saúde passem a aplicar esses cuidados nos CTI e enfermarias de adultos, com maior frequência. Assim, o processo de adoecimento e de finitude se torna naturalizado e menos doloroso para pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP**: ampliado e atualizado. 2. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012.

ARANTES, A. C. Q. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2016.

BLASCO, P. G. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación Médica**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 1575-1813, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>.

CAPELAS, M. L. *et al.* Cuidados paliativos: o que é importante saber. **Patient Care**, [S. l.], p. 16-20, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/305659147_Cuidados_Paliativos_O_que_e_importante_saber.

DALPAI, D. *et al.* Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. **Revista Dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 307-310, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170120>.

FELIX, Z. C. *et al.* Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>.

FREITAS, E. D. Manifesto pelos cuidados paliativos na graduação em medicina: estudo dirigido da Carta de Praga. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 527-535, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253209>.

GODINHO, I. C. *et al.* Aspectos psicológicos de pacientes pediátricos acometidos pelo câncer. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 824-839, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-072>.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.30880011>.

MALTA, R. *et al.* Paradigma na formação médica: atitudes e conhecimentos de acadêmicos sobre morte e Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 34-44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170011>.

MENEZES, M. B. *et al.* Distanásia: percepção dos profissionais da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400002>.

MENDES, E. S. R; CALDAS, J. C. S. **Conhecimentos sobre Cuidados Paliativos (CP):** opinião de uma amostra da população portuguesa. 2013. 34 f. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento, Instituto Superior de Ciências da Saúde, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Portugal, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/311>.

MENDES, A. L; MONTEIRO, M. P. **Cuidados Paliativos de enfermagem em pacientes oncológicos em fase terminal.** 2016. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Oncológica), Atualiza Cursos, [S. l.], 2016.

MONTEIRO, F. L. R. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar ao paciente e seus familiares. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 31203-31216, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n5-542>.

PALMEIRA, H. M. *et al.* Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 179-189, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso.

PINHO, A. A. A. *et al.* Repercussões dos cuidados paliativos pediátricos: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 710-717, 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2111.

SÃO PAULO. **Lei nº 17.292, de 13 de outubro de 2020**. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos e dá outras providências. São Paulo: Assessoria Técnica da Casa Civil, 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2020/lei-17292-13.10.2020.html>.

SILVA, G. F. **Cuidados paliativos e subjetividade**: ações educativas sobre a vida e o morrer. 2015. 236 f. Tese (Doutorado em Educação), Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Faculdade de Educação, Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/19165>.

SPRUIT, J. L.; PAUL, M. P. Palliative care services in pediatric oncology. **Annals of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 49-57, 2019. Disponível em: <https://apm.amegroups.com/article/view/19545/html>.

VASCONCELOS, T. C. **Impacto econômico das unidades de cuidados paliativos hospitalares: revisão sistemática**. 2019. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Cuidados Paliativos), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/17454>.

WHO. World Health Organization. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva: WHO, 2002.

Doença arterial coronariana estável: qual a melhor maneira de se investigar?

Stable coronary artery disease: what is the best way to investigate?

LAURA SANTOS OLIVEIRA
Discente de Medicina (UNIPAM)
E-mail: laurasoliveira@unipam.edu.br

ANA LUÍSA MOTA
Discente de Medicina (UNIPAM)
E-mail: anamota@unipam.edu.br

ALESSANDRO REIS
Professor orientador (UNIPAM)
E-mail: alessnadro@unipam.edu.br

Resumo: A Doença Arterial Coronariana (DAC) é uma das principais formas de apresentação da doença cardiovascular. Caracteriza-se por isquemia miocárdica secundária a alguma alteração anatômica ou funcional, muitas vezes precipitada por esforços. Existem diversos métodos que podem ser empregados para avaliação da DAC e seus estágios, contudo se destacam os métodos funcionais e anatômicos. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi identificar os benefícios dos testes funcionais e anatômicos na investigação da DAC crônica. O estudo consistiu em uma revisão integrativa de literatura. Foram encontrados 28 artigos, além do Arquivo Brasileiro de Cardiologia como base para a elaboração do presente estudo. Os resultados mostraram que os métodos de imagem não invasivos são amplamente utilizados, podendo alguns deles, como a tomografia computadorizada, serem capazes de detectar achados preditivos de doenças coronarianas. Concluiu-se que os estudos que avaliam a prática estão condizentes com o que é proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Palavras-chave: doença coronariana; testes funcionais; testes anatômicos.

Abstract: Coronary Artery Disease (CAD) is one of the main forms of cardiovascular disease. It is characterized by myocardial ischemia secondary to anatomical or functional changes, often precipitated by exertion. There are several methods that can be used to assess CAD and its stages, with functional and anatomical methods standing out. Thus, the aim of this study was to identify the benefits of functional and anatomical tests in the investigation of chronic CAD. The study consisted of an integrative literature review. A total of 28 articles were found, in addition to the Brazilian Archives of Cardiology serving as the basis for this study. The results showed that non-invasive imaging methods are widely used, and some of them, such as computed tomography, may be able to detect predictive findings of coronary diseases. It was concluded that the studies evaluating practice are in line with what is proposed by the Brazilian Society of Cardiology.

Keywords: coronary artery disease; functional tests; anatomical tests.

1 INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) é uma das principais formas de apresentação da doença cardiovascular. Caracteriza-se por isquemia miocárdica secundária a alguma alteração anatômica ou funcional, muitas vezes precipitada por esforços. Ela resulta do aumento da demanda e/ou da diminuição da oferta celular de oxigênio, podendo ser acompanhada de sintomas ou não (MAGALHÃES, 2015). A angina, uma de suas principais apresentações, tem prevalência de até 14% em homens e 12% em mulheres com idade entre 65 e 84 anos (CÉSAR, 2014).

A hipóxia miocárdica pode ser secundária a diversos mecanismos, sendo o mais comum a aterosclerose, que gera estreitamento no lúmen das artérias coronárias, comprometendo a oferta sanguínea. Porém, outros mecanismos podem estar presentes, como o vasoespasma arterial (com ou sem placas coronarianas), a disfunção da microvasculatura, a insuficiência do ventrículo esquerdo (devido a infarto do miocárdio prévio) ou uma combinação desses múltiplos fatores (MAGALHÃES, 2015).

A DAC crônica é uma síndrome que pode se apresentar na forma de angina estável, isquemia silenciosa e miocardiopatia isquêmica. A angina é uma síndrome clínica caracterizada por dor ou desconforto em regiões como tórax, epigástrio, mandíbula, ombro, dorso ou membros superiores. A angina estável, forma mais comum de apresentação da DAC crônica, é desencadeada ou agravada por exercício físico ou estresse emocional e atenuada com uso de nitratos. Em alguns pacientes, notoriamente idosos, mulheres e diabéticos, ela se manifesta na forma de sintomas denominados equivalentes anginosos, como dispneia, síncope, fadiga e palpitação (CÉSAR, 2014).

A isquemia silenciosa ocorre quando se documenta isquemia em pacientes sem angina ou equivalentes anginosos. Esses pacientes apresentam risco de eventos cardiovasculares agudos e, por isso, preconiza-se a instituição de medidas de tratamento e de prevenção secundária. Já a miocardiopatia isquêmica refere-se à disfunção ventricular após eventos coronarianos agudos, principalmente (CÉSAR, 2014; SANTOS, 2018).

A avaliação dos pacientes com DAC crônica inicia-se com a coleta de história clínica completa e a realização de exame físico para se identificarem fatores de risco e descartar etiologias não cardíacas. A classificação de dor torácica mais utilizada é a da Sociedade Canadense de Cardiologia (CCS), dividida em 4 classes: classe I quando os sintomas aparecem após atividades intensas e prolongadas; classe II com sintomas após caminhar ou subir escadas rapidamente, sob estresse emocional; classe III com sintomas após atividade habituais como caminhar um quarteirão plano ou subir um lance de escada; classe IV com sintomas mesmo no repouso (CÉSAR, 2014; MAGALHÃES, 2015).

Em seguida, para o diagnóstico de DAC crônica, fazem-se necessários testes e exames complementares, existindo uma variedade de métodos disponíveis. Entre os exames funcionais, encontra-se o eletrocardiograma de estresse (teste ergométrico), a cintilografia miocárdica com estresse e o ecocardiograma de estresse. Já entre os estudos anatômicos, têm-se a angiotomografia de coronárias (angio-TC), a Ressonância Magnética cardiovascular e a Cineangiocoronariografia (CATE) (CÉSAR, 2014). Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi identificar os benefícios dos testes funcionais e anatômicos na investigação da DAC crônica.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu em uma revisão integrativa de literatura acerca dos métodos diagnósticos da doença coronariana estável. A partir da determinação do tema, estabeleceu-se palavras-chave para a pesquisa, de modo que foi realizado o cruzamento dos descritores “doença coronariana”, “diagnóstico”, “teste ergométrico”, “eletrocardiograma”, “radioisótopos”, “ecocardiograma de estresse”, “cintilografia miocárdica de perfusão” e “ressonância magnética”, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), EbscoHost e Google Acadêmico.

A busca foi realizada no mês de setembro de 2022, sendo considerados estudos publicados no período compreendido entre 2016 e 2022.

Como estratégia de seleção dos artigos, foi realizada uma busca nas bases de dados pré-estabelecidas, seguida da leitura dos títulos de todos os artigos encontrados e exclusão daqueles que não abordavam o assunto, bem como da leitura crítica dos resumos desses materiais e, posteriormente, da leitura na íntegra dos artigos selecionados nas etapas anteriores. A partir desse processo, foram encontrados 28 artigos. Além deles, incluiu-se o Arquivo Brasileiro de Cardiologia como base para a elaboração do presente estudo.

Como critérios de inclusão, foram considerados artigos originais, que abordassem o tema pesquisado e permitissem acesso integral ao conteúdo do estudo, sendo excluídos aqueles que não obedeceram aos critérios de inclusão supracitados.

3 RESULTADOS

Após análise e interpretação de dados obtidos, os resultados foram tabulados e estão expostos na Tabela 1.

Tabela 1: Principais formas de diagnósticos de doença coronariana estável e suas implicações

Estudo	Título	Achados principais
THLERS <i>et al.</i> , 2017	Performance dos testes diagnósticos na probabilidade Intermediária de Doença Coronariana: uma análise para auxílio à tomada de decisão	Teste ergométrico apresentou sensibilidade de 67%; Cintilografia Miocárdica sensibilidade de 87%; Eco-stress sensibilidade de 79%, RNM sensibilidade de 89% e Angio-TC de coronárias sensibilidade de 87%.
DIPPE JÚNIOR, 2019	Imaging methods in the assessment of Ischemic Heart Disease: particularities in the obese patient	Teste ergométrico isolado é boa alternativa se traçado com eletrocardiograma interpretável, passível de resultados falso-positivos e falso-negativos. Ecocardiograma sob estresse com esforço físico pode possibilitar a gravação de imagens durante níveis de esforços distintos. Cintilografia de Perfusão miocárdica mais usada devido a sua disponibilidade e flexibilidade. Ressonância magnética configura-se como excelente alternativa para

		avaliação funcional. Tomografia por emissão de Pósitros, altamente precisa, causa menos artefatos diminuindo falso-positivos. Angio-TC método com predileção devido ao maior valor preditivo negativo.
BERGOLI, 2020	Associação entre imagem cardiovascular, reserva de fluxo fracionada e inflamação em pacientes com estenoses coronarianas moderadas	Tomografia computadorizada perfusional para detecção de lesão demonstrou reserva de fluxo fracionada maior que 80% e sensibilidade inferior a 30%.
HUYUT, 2021	Comparison of the outcomes between coronary no-reflow and slow-flow phenomenon in non-stemi patients	Em relação à técnica empregada para para avaliar no-reflow ou slow-reflow, apresentou sensibilidade de 86% e especificidade de 60% na amostra do estudo.
SOUTO; SANTOS; NACIF, 2021	Computed tomography angiography of the coronary arteries: major findings in the clinical routine of a general hospital	Tomografia computadorizada coronariana apresentou especificidade de 87% na detecção de placas ateromatosas.
ASSUNÇÃO <i>et al.</i> , 2016	Cardiac magnetic resonance imaging and computed tomography in ischemic cardiomyopathy: an update	Ressonância magnética cardíaca demonstrouse útil na avaliação regional do ventrículo esquerdo, com análises de contratilidades superiores aos do ecocardiograma. Tomografia computadorizada coronariana apresenta alto valor preditivo negativo, pode ser usado como alternativa para cateterismo.
PRADELLA <i>et al.</i> , 2021	The radiologist as a gatekeeper in chest pain	A tomografia computadorizada coronariana apresentou-se como uma alternativa segura, rápida, de baixo custo que pode beneficiar pacientes que não se submeteram a angiografias invasivas. Ressonância magnética demonstra melhor o trajeto das coronárias, porém não é capaz de avaliar adequadamente a estenose coronariana.
LOPEZ-HIDALGO; EBLEN-ZAJJUR, 2020	Medição do fluxo sanguíneo coronário em angiogramas coronários convencionais por um novo método baseado na detecção da densidade de contraste	O método baseado na detecção de densidade de contraste demonstrou medir o sanguíneo coronário com precisão, consistência e reprodutibilidade em um angiograma coronário padrão mostrando a capacidade adicional de diferenciar fluxo sanguíneo normal e fluxo lento em pacientes com dor precordial sem obstruções coronarianas.
MICHELLI <i>et al.</i> , 2019	Usefulness of the echocardiographic calcium score as predictive tool for obstructive coronary artery disease	Ecocardiograma para doença obstrutiva demonstrou valor preditivo positivo na avaliação de doença coronariana. O ECS ≥ 2 teve uma sensibilidade de 66,7% para identificar doença arterial coronariana.
SIONTIS <i>et al.</i> , 2018	Outcomes of non-invasive diagnostic modalities for the	Ecocardiografia e ressonância magnética cardiovascular em pacientes com doenças

	detection of coronary artery disease: Network meta-analysis of diagnostic randomised controlled trials	coronarianas associam-se com menor índice de recorrência a angiografia coronária invasiva.
FORD; CORCORAN; BERRY, 2018	Stable coronary syndromes: Pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need	Biopsia miocárdica não é uma opção viável.
ALBUS <i>et al.</i> , 2017	The diagnosis of Chronic Coronary Heart Disease	Angiografia recomendada para pacientes com doença coronária obstrutiva, após investigação não invasiva. Em casos de alta comorbidade seus riscos são maiores que seus benefícios.
INFANTE <i>et al.</i> , 2017	Uma abordagem integrada do coração coronário diagnóstico de doenças e gestão clínica	Angiografia coronária por tomografia computadorizada fornece avaliação direta e quantitativa. Ressonância magnética fornece informações indiretas, estimulando a perfusão miocárdica e anormalidades do metabolismo consequentes à doença coronariana.
KOTECHA <i>et al.</i> , 2019	Automated pixel-wise quantitative myocardial perfusion mapping by CMR to detect Obstructive Coronary Artery Disease and Coronary Microvascular Dysfunction: validation against Invasive Coronary Physiology	Mapeamento por ressonância magnética cardiovascular acompanha a perfusão miocárdica e pode ser usada para detectar Doença Coronariana epicárdica.

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

4 DISCUSSÃO

Após a análise dos dados e em consonância com a literatura, pode-se elencar alguns métodos diagnósticos que aparecem com maior recorrência. Os métodos de imagem apresentaram uma excelente aplicabilidade no diagnóstico da doença coronariana, nos estudos analisados (ASSUNÇÃO *et al.*, 2016; DIPPE JÚNIOR, 2019; INFANTE *et al.*, 2017; PRADELLA *et al.*, 2021). A tomografia computadorizada apresenta diversas vantagens no diagnóstico dessa patologia, uma vez que pode detectar defeitos de perfusão em menores limiares, aumentando sua sensibilidade a cerca de 80% (DIPPE JÚNIOR, 2019). Entretanto, esse método apresenta algumas limitações, sendo as principais o alto custo e a indisponibilidade de marcadores para pesquisa de isquemia (BERGOLI, 2020). A tomografia computadorizada cardíaca oferece duas modalidades principais de exame, cujas técnicas fornecem o Escore de Cálcio, que correlaciona a carga de aterosclerose com a calcificação das artérias. A angiotomografia coronariana avalia a luz das artérias de maneira não invasiva. Segundo Cesar *et al.* (2014), a primeira se aplica principalmente a assintomáticos de Alto Risco cardiovascular e a pacientes sintomáticos; já a segunda técnica é indicada para pacientes sintomáticos com alta probabilidade de doença arterial coronária.

Angiotomografia não invasiva é o método mais utilizado. É capaz de avaliar as artérias coronárias, propor volumes e valores de ejeção, além de caracterizar massas e trombos cardíacos, funcionamento de válvulas, anatomia ventricular, aneurisma e pericardites; apresenta bom custo benefício, o que justifica seu uso (SOUTO; SANTOS; NACIF, 2021). Segundo o mesmo estudo, a angiotomografia é o método diagnóstico mais usado para doença coronariana, por ser mais robusto, possuir maior sensibilidade e especificidade quando comparado a outros como ressonância magnética e tomografia computadorizada.

Outro método de imagem que se demonstrou muito eficaz é a Ressonância Magnética Cardíaca. É um excelente método diagnóstico, pois permite a avaliação da anatomia cardíaca e vascular, da função ventricular, da perfusão miocárdica e a caracterização tecidual de forma acurada, reprodutível, sendo capaz de fornecer todas essas informações juntas, em um único exame, além de não ter ionização nem meios de contraste (CESAR *et al.*, 2014). As técnicas mais utilizadas envolvem visão direta dos efeitos isquêmicos, por indução farmacológica e análise da contratilidade e perfusão do miocárdio (ASSUNÇÃO *et al.*, 2016). Sobre esse método, há algumas contraindicações que restringem seu uso, como a presença de marcapassos, fragmentos oculares de metal, implantes de cóclea e desfibriladores (ASSUNÇÃO *et al.*, 2016; SOUTO; SANTOS; NACIF, 2021). Por permitir uma ampla visualização da anatomia cardiovascular, é considerada padrão-ouro para quantificação de volume ventricular. Nesse sentido, suas recomendações visam principalmente à avaliação ventricular, como detecção de isquemias e diferenciação de isquemias isquêmicas e não-isquêmicas (CESAR *et al.*, 2014).

O teste ergométrico isolado foi considerado uma boa opção diagnóstica na ausência de métodos de imagem (DIPPE JÚNIOR, 2019; THLERS *et al.*, 2017). O Ecocardiograma sob Estresse não é preferível frente a métodos de imagem, mas, quando realizado, é interessante associar o exercício à bicicleta, a fim de gravar distintas imagens pelos níveis de esforço (DIPPE JÚNIOR, 2019).

A cintilografia de perfusão miocárdica apresentou sensibilidade de 87% e é frequentemente usada por sua flexibilidade e disponibilidade. Necessita de um estresse físico ou farmacológico, no entanto, quando se analisam efeitos secundários à doença coronariana, mostra-se pouco sensível, principalmente sobre a resolução espacial de perfusão na disfunção microvascular (ISSA *et al.*, 2018; SIONTIS *et al.*, 2018).

Nos estudos analisados, dois novos testes foram evidenciados. O primeiro deles refere-se ao mapeamento por ressonância magnética cardiovascular em linha, demonstrando alta acurácia na diferenciação de doenças multiarteriais e contração prematura do ventrículo (KOTECHA *et al.*, 2019). O segundo, refere-se ao método baseado na detecção da densidade de contraste. Ele demonstrou reprodutibilidade a um angiograma padrão, com capacidade adicional de acusar diferenciações entre fluxo sanguíneo normal e fluxo lento em pacientes com dor precordial sem obstruções coronarianas (LOPEZ-HIDALGO; EBLEN-ZAJJUR, 2020).

5 CONCLUSÃO

Os métodos de imagem não invasivos são amplamente utilizados por serem pouco invasivos e de alta sensibilidade, podendo alguns deles, como a tomografia computadorizada, serem capazes de detectar achados preditivos de doenças coronarianas. Todos esses fatores os caracterizam como alternativa mais segura que os métodos invasivos, o que é um grande benefício aos pacientes. As desvantagens desses métodos se referem ao custo financeiro dos exames ou a contraindicações que restringem seu uso. Sendo assim, é necessário avaliar, de forma individual, qual é a melhor alternativa a ser empregada.

Em relação aos testes de esforço, considera-se que esses métodos apresentam menor sensibilidade, além da possibilidade de resultados falso-negativo e falso positivo, sendo indicados como boa opção diagnóstica na ausência de métodos de imagem, mas não preferíveis a eles.

REFERÊNCIAS

ALBUS, C. *et al.* The diagnosis of chronic coronary heart disease. **Deutsches Ärzteblatt International**, [S. l.], v. 114, n. 42, p. 712-719, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2017.0712>.

ASSUNÇÃO, F. *et al.* Cardiac magnetic resonance imaging and computed tomography in ischemic cardiomyopathy: an update. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 26-34, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2014.0055>.

BERGOLI, L. C. **Associação entre imagem cardiovascular, reserva de fluxo fracionada e inflamação em pacientes com estenose coronarianas moderadas**. 2020. 92 f. Tese (Doutorado em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/220403>.

CÉSAR, L. A. *et al.* Diretriz de doença coronariana estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 103, n. 2, supl. 2, p. 01-73, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2014/Diretriz%20de%20Doen%C3%A7a%20Coron%C3%A1ria%20Est%C3%A1vel.pdf>.

DIPPE JÚNIOR, T. *et al.* Study of myocardial perfusion in obese individuals without known ischemic heart disease. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Curitiba, v. 112, n. 2, p. 121-128, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180250>.

SANTOS, E. B. dos; BIANCO, H. T. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884997/dezesseis_cinquenta_dois.pdf.

FORD, T. J.; CORCORAN, D.; BERRY, C. Stable coronary syndromes: pathophysiology, diagnostic advances and therapeutic need. **British Cardiac Society**, [S. l.], v. 104, n. 4, p. 284-292, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-311446>.

HUYUT, M. A. Comparison of the outcomes between coronary no-reflow and slow-flow phenomenon in non-stemi patients. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 116, n. 5, p. 856-864, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20190905>.

INFANTE, T. *et al.* An integrated approach to coronary heart disease diagnosis and clinical management. **American Journal of Translational Research**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. 3148-3166, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5553869/>.

ISSA, A. F. C. *et al.* Comparação entre avaliação de isquemia miocárdica pela reserva de fluxo fracionada e cintilografia de perfusão miocárdica. **Instituto Nacional de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 333-338, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180021>.

KOTECHA, T. *et al.* Automated pixel-wise quantitative myocardial perfusion mapping by CMR to detect obstructive coronary artery disease and coronary microvascular dysfunction: validation against invasive coronary physiology. **JACC: Cardiovascular Imaging**, [S. l.], v. 12, n. 10, p. 1958-1969, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2018.12.022>.

LOPEZ-HIDALGO, M.; EBLEN-ZAJJUR, A. Medição do fluxo sanguíneo coronário em angiogramas coronários convencionais por um novo método baseado na detecção da densidade de contraste: uma visão fisiológica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 3, p. 503-512, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.36660/abc.20180283>.

MAGALHÃES, C. C. *et al.* **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 3. ed. Barueri: Editora Manole, 2015.

MICHELLI, B. J. *et al.* Usefulness of the echocardiographic calcium score as predictive tool for obstructive coronary artery disease. **Revista Argentina de Cardiologia**, [S. l.], v. 87, n. 6, p. 449-452, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v87n6/1850-3748-rac-87-06-470-en.pdf>.

PRADELLA, S. *et al.* The radiologist as a gatekeeper in chest pain. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 12, p. 6677, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18126677>.

SIONTIS, G. C. M *et al.* Outcomes of non-invasive diagnostic modalities for the detection of coronary artery disease: network meta-analysis of diagnostic randomised

controlled trials. **The BMJ**, [S. l.], v. 360, p. k504, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.k504>.

SOUTO, R. M.; SANTOS, A. A. S. M. D. dos; NACIF, M. S. Computed tomography angiography of the coronary arteries: major findings in the clinical routine of a general hospital. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 261-264, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.0047>.

THLERS, C. A. *et al.* Performance dos testes diagnósticos na probabilidade intermediária de doença coronariana: uma análise para auxílio à tomada de decisão. **Instituto Nacional de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 526-532, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170071>.

Pacientes com estomias de eliminação: necessidades humanas básicas e assistência de enfermagem

Patients with elimination stomas: basic human needs and nursing care

DÉBORA EDUARDA MOREIRA ROSA

Discente de Enfermagem (UNIPAM)
E-mail: deboramoreira@unipam.edu.com

MARILENE RIVANY NUNES

Professora orientadora (UNIPAM)
E-mail: marilene@unipam.edu.br

Resumo: Este artigo examinou a assistência de enfermagem baseada nas necessidades humanas básicas (NHB) de pacientes com estomias de eliminação. Foi conduzida uma pesquisa descritiva quantitativa com estomizados atendidos no Centro de Reabilitação, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra foi composta por 15 pacientes com estomias de eliminação, sendo 8 (53,3%) do sexo masculino e com idades entre 60 e 80 anos (8, 53,3%). As principais condições de base que levaram à formação das estomias foram câncer de reto (5, 33,3%), câncer de cólon (3, 20%), diverticulite (2, 13,3%) e câncer de colo uterino (2, 13,3%). As NHB mais impactadas foram sexualidade, autoestima e autoimagem (15, 100%), atividades físicas/lazer (9, 60%) e sono e repouso (3, 20%). Conclui-se que a assistência de enfermagem enfrenta o desafio de desenvolver intervenções específicas para o cuidado relacionado à sexualidade, autoestima e autoimagem, com foco na reabilitação e promoção da saúde.

Palavras-chave: assistência de enfermagem; autocuidado; autoimagem; estomia; pessoas com necessidades especiais.

Abstract: This article examined nursing care based on the basic human needs (BHN) of patients with elimination stomas. A descriptive quantitative research was conducted with stomized patients treated at the Rehabilitation Center, with approval from the Research Ethics Committee. The sample consisted of 15 patients with elimination stomas, of which 8 (53.3%) were male and aged between 60 and 80 years (8, 53.3%). The main underlying conditions that led to the formation of the stomas were rectal cancer (5, 33.3%), colon cancer (3, 20%), diverticulitis (2, 13.3%), and cervical cancer (2, 13.3%). The most affected BHN were sexuality, self-esteem, and body image (15, 100%), physical activity/leisure (9, 60%), and sleep and rest (3, 20%). It is concluded that nursing care faces the challenge of developing specific interventions for the care related to sexuality, self-esteem, and body image, with a focus on rehabilitation and health promotion.

Keywords: nursing care; self-care; body image; stoma; individuals with special needs.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, percebe-se que há poucos dados sobre o número de pessoas com estomias, o que dificulta a determinação de sua epidemiologia. Segundo as projeções da

International Ostomy Association, estima-se que haja uma pessoa com estomia para cada mil habitantes em países com um bom nível de assistência médica. Nos países menos desenvolvidos, essa estimativa é menor. No ano de 2018, no Brasil, identificou-se que havia aproximadamente mais de 207 mil pessoas vivendo com estomias (BRASIL, 2021).

Existem diversas condições traumáticas ou patológicas que podem levar à necessidade de uma estomia para manutenção da vida. Percebe-se que, esses pacientes estomizados enfrentam um desafio significativo e requerem assistência de enfermagem para atender as demandas das necessidades humanas e receber orientações sobre o autocuidado (BRASIL, 2009; 2021).

A estomia é um procedimento cirúrgico que envolve a criação de uma abertura artificial, ou orifício, para permitir a saída de parte de um sistema corporal, como o respiratório, o digestivo ou o urinário, em direção ao meio externo. Essa abertura permite a comunicação entre órgãos internos e o ambiente externo. (BRASIL, 2021). As estomias de eliminação digestória consistem na exteriorização do sistema digestório, permitindo a eliminação das fezes, gases e/ou urina. Essas estomas podem ser temporárias, com a possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal, ou definitivas, sem possibilidade de reversão. Elas são classificadas de acordo com a localização, sendo a ileostomia quando localizada na porção final do intestino delgado e a colostomia quando inserida ao longo do cólon (BRASIL, 2021).

Por outro lado, as estomias de eliminação urinária são realizadas em pacientes com doenças que afetam a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra. Essas estomias têm como objetivo preservar a função renal e são parte do tratamento de diversas condições, como neoplasias, disfunções neurológicas, obstruções do trato urinário e anomalias congênitas. Elas também são classificadas de acordo com a localização, podendo ser uretrotomia (exteriorização de um ureter), cistotomia (na bexiga) ou vesicostomia (mucosa da bexiga suturada acima da região sínfise púbica) (BRASIL, 2021).

Em decorrência de fatores pré e intra-operatórios relacionados à implantação das estomias, podem ocorrer complicações, como o mau posicionamento do estoma, confecção do estoma em local inadequado e agressões cirúrgicas que desencadeiam uma resposta inflamatória. Portanto, é essencial identificar precocemente os sinais de complicações, a fim de evitar repercussões negativas e garantir um estoma viável e a qualidade de vida do paciente (DIAS *et al.*, 2020).

Nesse contexto, vale ressaltar a publicação da Portaria nº 400 em 2009, que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas com Ostomia no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria preconiza ações voltadas para a orientação do autocuidado, a prevenção de complicações e o fornecimento de equipamentos de proteção e segurança aos pacientes (BRASIL, 2009).

Com a implementação do Programa Nacional de Assistência às Pessoas com Deficiência, foram fortalecidos os direitos das pessoas com estomias, reconhecendo sua condição como deficiência. Isso resultou na garantia de acessibilidade à saúde, com o intuito de promover a reabilitação, o acesso ao trabalho e a conquista da independência e reintegração social (BRASIL, 2021).

Quando uma pessoa passa pela implantação de uma estomia, ela enfrenta situações estressantes e precisa se adaptar a um novo estilo de vida. Portanto, é essencial que recebam assistência de enfermagem fundamentada em uma abordagem abrangente

que considere os aspectos biopsicossociais, fisiopatológicos, nutricionais, psicológicos, sociais e espirituais. Outrossim, as características individuais e as necessidades humanas devem ser avaliadas levando em conta o contexto familiar, cultural, religioso, comunitário e social dos pacientes (ROCHA *et al.*, 2021).

A fim de garantir a continuidade dos cuidados e minimizar complicações relacionadas às estomias, é necessário realizar intervenções educativas de enfermagem. Nos períodos pré e pós-operatório das estomias digestórias e urinárias, as orientações devem abranger: cuidados com o estoma, manejo da bolsa coletora, detecção precoce de complicações e cuidados com a pele adjacente (ROCHA *et al.*, 2021).

Nesse contexto, fica evidente que os pacientes estomizados necessitam de cuidados de enfermagem específicos tanto no momento do diagnóstico da condição patológica quanto após a realização da estomia. Visto que, essas pessoas vivenciam situações que requerem aceitação, superação, adaptação, reintegração social e prevenção de complicações (ROCHA *et al.*, 2021).

Assim, uma assistência de enfermagem eficaz fundamenta-se no Processo de Enfermagem e visa a apoiar e orientar os pacientes estomizados. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 respalda legalmente o Processo de Enfermagem, que consiste em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são: Coleta de dados em Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem (COFEN, 2009).

Na implantação do processo de Enfermagem é necessário apoiar-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), que identifica as necessidades humanas básicas comprometidas, sejam elas psicobiológicas, psicoespirituais ou psicossociais (HORTA, 1979). A partir dessas necessidades, é possível elaborar um plano de cuidados específico, singular e holístico para os estomizados.

As necessidades humanas básicas são resultantes de desequilíbrios hemodinâmicos vitais, caracterizados por estados de tensões conscientes ou inconscientes. As necessidades não se manifestam quando estão em equilíbrio dinâmico. No entanto, dependendo do desequilíbrio instalado elas surgem com maior ou menor intensidade (HORTA, 1979).

Assim sendo, o enfermeiro deve fornecer orientações específicas sobre a utilização, higienização e recolocação dos dispositivos, além de promover o autocuidado. Além disso, é importante orientar sobre o direito de assistência aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2021).

Enfim, a assistência de enfermagem aos estomizados deve visar a manutenção da estabilidade da estomia, apoiar o processo de reabilitação do paciente e garantir o seu bem-estar e qualidade de vida (BRASIL, 2021). Os estomizados enfrentam situações de risco e vulnerabilidades tanto físicas quanto mentais. Portanto, compreender a percepção dos estomizados em relação à assistência de enfermagem fornecerá dados que subsidiarão a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem, além de promover bem-estar e qualidade de vida. Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar as necessidades humanas básicas alteradas dos pacientes com estomias de eliminação e a assistência de enfermagem que eles recebem.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa, realizada no Centro Especializado em Reabilitação (CER), localizado em Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. O CER oferece atendimento e acompanhamento aos estomizados da Microrregião de Saúde de Patos de Minas (11 municípios) e João Pinheiro (3 municípios). Essa unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por duas enfermeiras, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga, uma nutricionista e um médico, disponíveis de segunda à sexta-feira, no horário de 6h às 18h.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM, conforme parecer número 4.789.062, de 7 de junho de 2021.

Para captação e delineamento da amostra, utilizou-se a metodologia de amostragem não probabilística intencional. Participaram da pesquisa 15 pacientes estomizados, com idade acima de 18 anos, que receberam atendimento da equipe de enfermagem no período de outubro a dezembro de 2021, no CER, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, confirmando sua participação na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas com os pacientes estomizados, nos meses de outubro a dezembro de 2021, com base no referencial teórico, com o objetivo de identificar as necessidades humanas alteradas e a assistência de enfermagem recebida.

A coleta de dados ocorreu nas instalações do CER, em um consultório designado para essa finalidade, garantindo anonimato, privacidade, conforto e segurança dos participantes, levando em consideração medidas de prevenção da COVID-19.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, e as variáveis foram apresentadas em números absolutos e relativos em tabelas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi conduzido com pacientes portadores de estomia de eliminação que receberam atendimento no CER em 2021, no município de Patos de Minas, MG. A amostra foi composta por 15 pacientes, sendo 8 do sexo masculino (53,3%) e 7 do sexo feminino (46,6%). Houve um predomínio na faixa etária de 60 a 80 anos, com pacientes 8 (53,3%). Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos pacientes possuía ensino fundamental incompleto, totalizando 14 pacientes (93,3%). Em relação à renda familiar, a maioria dos pacientes (12 pacientes, 80%) tinha uma renda de até R\$1.500,00, conforme apresentado na Tabela 1, onde considera-se o total da Frequência (N) como 15 e o total da Porcentagem (%) como 100.

Tabela 1: Caracterização dos pacientes estomizados atendidos no CER

Caracterização	Variável	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sexo	Masculino	8	53,3
	Feminino	7	46,6
Faixa etária (em anos)	20 a 30	1	6,6
	30 a 40	1	6,6
	40 a 50	2	13,3
	50 a 60	1	6,6
	60 a 70	5	33,3
	70 a 80	3	20
	80 a 90	2	13,3
Escolaridade (completo)	Ensino Fundamental	1	6,6
	Ensino Médio	1	6,6
	Ensino Superior	2	13,3
Escolaridade (incompleta)	Ensino Fundamental	11	73,3
Renda familiar (reais)	1,000 a 1,500	12	80
	1,500 a 2,000	1	6,6
	Acima de 2,000	2	13,3
TOTAL		15	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

No presente estudo, houve predominância do sexo masculino, com 8 (53,3%), o que vai de encontro às estimativas que sugerem uma predominância feminina entre os pacientes estomizados (BRASIL, 2021). Quanto à faixa etária, observou-se uma predominância entre 60 e 70 anos, o que evidencia a relação entre o envelhecimento populacional e o aumento da fragilidade e o surgimento de patologias (MOREIRA, 2020).

A baixa escolaridade também foi evidenciada, o que é um fator importante, uma vez que o nível educacional está relacionado ao conhecimento e aos cuidados com a saúde. Um maior nível de escolaridade está associado a um maior nível de instrução, adaptação e melhoria da qualidade de vida (RIBEIRO *et al.*, 2018).

Tabela 2: Caracterização das doenças e o tipo de estoma dos pacientes do CER

Doenças	Variáveis	Variáveis	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Câncer de reto	Colostomia	Digestória	5	33,3
Câncer de cólon	Colostomia	Digestória	3	20
Diverticulite	Colostomia	Digestória	2	13,3
Câncer de colo uterino	Urostomia	Urinária	2	13,3
Arma branca	Colostomia	Digestória	1	6,6
Megacólon chagásico	Colostomia	Digestória	1	6,6
Estenose retal	Colostomia	Digestória	1	6,6
TOTAL			15	

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

As doenças de base predominantes que ocasionaram a confecção da estomia foram: 5 casos (33,3%) de câncer de reto, 3 (20%) de câncer de cólon, 2 (13,3%) de

diverticulite, todas de caráter digestório, e 2 casos (13,3%) de câncer de colo uterino, de caráter urinário, conforme apresentado na Tabela 2.

O câncer colorretal (cólon e reto) é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo. Entre os fatores de risco estão o envelhecimento populacional, a alimentação inadequada, o consumo de álcool, o sedentarismo e o tabagismo. O principal tratamento para essa doença é a cirurgia, que envolve a remoção do reto e/ou cólon, resultando na necessidade de uma estomia para desviar o trajeto de fezes e gases (MOTA *et al.*, 2021).

A diverticulite é uma condição decorrente da doença diverticular, que tem maior prevalência na população, entre 60 a 80 anos, com uma taxa de ocorrência de 40 a 80%. Além do envelhecimento populacional, outro fator de risco é a baixa ingestão diária de fibras. Em casos de diverticulite complicada, em que a doença se agrava, a confecção da estomia é realizada para preservar a parte comprometida do intestino (FANTOZZI; SOUSA, 2021).

No caso da confecção de urostomia, se dá devido a complicações, como nos casos de câncer de colo uterino que se espelham para vagina, tecidos paracervicais e paramétricos, o que pode afetar a bexiga, os ureteres e o reto (FEBRASGO, 2017).

Tabela 3: Necessidades Humanas Alteradas (NHA) em pacientes estomizados

Necessidades Humanas Alteradas	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Sexualidade	15	100
Autoestima	15	100
Autoimagem	15	100
Atividades físicas/lazer	9	60
Sono e repouso	4	26,6
TOTAL	15	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Observou-se o comprometimento de algumas áreas das NHB conforme apresentado na Tabela 3: 15 casos (100%) relacionados à sexualidade, autoestima e autoimagem, 9 casos (60%) relacionados a atividades físicas/lazer, e 4 casos (26,6%) relacionados a sono e repouso.

A teoria das Necessidades Humanas Básicas foi instituída por Wanda Aguiar Horta, com base na pirâmide de Maslow, que descreve os cinco níveis de motivação humana. Cada nível possui sua importância e a necessidade de estar em equilíbrio. Esses níveis são: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização. Para que o próximo nível de motivação seja alcançado, é necessário satisfazer o mínimo da necessidade anterior, e isso varia de indivíduo para indivíduo (HORTA, 1979).

O indivíduo que passa por uma estomia enfrenta alterações físicas e psicológicas significativas. Essas mudanças podem levar ao afastamento do convívio social devido a inseguranças e medos relacionados à nova condição (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Os aspectos da sexualidade, autoestima e autoimagem estão intimamente interligados e são comprometidos nessa situação. O medo da exposição e do estigma do estoma com a bolsa coletora diante do(a) parceiro(a) e da sociedade, juntamente com a

necessidade de adaptação a um novo estilo de vestimenta, acaba afetando todos os aspectos da vida (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Desse modo, alguns indivíduos que se consideram pouco atraentes por conta do estoma, possuem medo da rejeição e evitam o contato sexual (BRASIL, 2021). Observou-se casos em que uma paciente decidiu terminar um relacionamento antes de passar pela cirurgia para criar o estoma, bem como um parceiro que encerrou o relacionamento após tomar conhecimento da condição de sua parceira, ambos devido à presença do estoma.

É importante ressaltar que a sexualidade não é eliminada quando se tem um estoma. Sendo assim, a escuta ativa por parte dos profissionais de saúde em relação às incertezas e sentimentos dos estomizados desempenha um papel crucial como forma de apoio. Por meio do aconselhamento sexual, é possível auxiliar essas pessoas a lidar com seus próprios preconceitos e crenças, ampliando seu conhecimento sobre sua condição e fornecendo orientações específicas sobre a sexualidade humana (BRASIL, 2021).

Neste estudo, observou-se comprometimento do sono e repouso devido a preocupações com o estoma, como o medo de deitar sobre a bolsa e o receio de vazamentos durante a noite. Além disso, as preocupações com a doença de base, incluindo o tratamento e o medo da morte, também afetam o sono e o repouso.

As restrições nas atividades físicas e de lazer estão estreitamente ligadas a problemas físicos, dificuldades na higienização da bolsa e sentimentos de vergonha ou medo. Aproximadamente metade das pessoas com estoma não retoma ou retoma parcialmente as atividades de lazer, devido à insegurança, vergonha ou às limitações físicas. É fundamental compreender as alterações que ocorrem na vida do indivíduo com estoma e como ele vivencia esse processo, a fim de oferecer o melhor apoio possível (BRASIL, 2021).

Evidenciou-se o apoio multidisciplinar no CER, proporcionando assistência social, mental e física, em conjunto com a participação da família no processo de adaptação. Isso reforçou a qualidade da reabilitação e permitiu que o indivíduo se recuperasse mais rapidamente.

Na Tabela 4, é apresentada a relevância da religiosidade e do apoio familiar na percepção dos indivíduos com estomia.

Tabela 4: Relevância da religiosidade e apoio familiar dos estomizados do CER

Variável	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Religiosidade	15	100
Apoio familiar	14	93,37
Sem apoio familiar	1	6,7
TOTAL	15	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Pode-se observar a grande importância da religiosidade neste contexto, que, diante das dificuldades, tem sido um alicerce fundamental para a superação, o que está em consonância com os estudos de Citino *et al.* (2020), que destacam a relevância da religiosidade.

As pessoas que possuem crenças geralmente têm convicção no que acreditam. Isso tem auxiliado os estomizados, sobretudo, proporcionando-lhes força nos momentos de dificuldade vivenciadas e oferecendo esperança para enfrentá-los. A religião é o suporte espiritual mais frequentemente buscado por essas pessoas, de acordo com alguns estudos (BRASIL, 2021).

A patologia que afeta as pessoas com estomia promove modificações físicas e mentais, o que exige que elas se (re)organizem em relação ao trabalho e às atividades cotidianas, necessitando de uma rede social de apoio. Essa rede social é caracterizada pelas relações estabelecidas entre os indivíduos, como a família, desempenhando um papel crucial ao ajudar no enfrentamento do problema, nas situações de crise, na adaptação e nos cuidados (SIMON *et al.*, 2020).

Observou-se que o apoio familiar é predominante e desempenha um papel de grande importância no processo de reabilitação e no estabelecimento do autocuidado do paciente. Cuidar de uma pessoa com estomia é uma tarefa permeada por sentimentos diversos e contraditórios, tornando-se muito complexa, muitas vezes sendo atribuída a indivíduos que não estão preparados para esse papel. Frequentemente, essa responsabilidade é transferida para a família, e muitas pessoas acabam assumindo esse papel de forma repentina. Portanto, é fundamental fornecer orientação e capacitação para essas pessoas (BRASIL, 2021).

A adaptação do cuidador, do usuário e da família deve ocorrer de forma precoce, idealmente antes da alta hospitalar, com a indicação para a desospitalização e continuidade dos cuidados em domicílio, a fim de garantir a efetividade dos cuidados (BRASIL, 2021).

Na Tabela 5, é apresentada a assistência de enfermagem recebida pelos pelos indivíduos com estomia no CER.

Tabela 5: Assistência de Enfermagem recebida pelos estomizados no CER

Assistência de Enfermagem	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Orientação quanto aos cuidados com a urina e fezes	15	100
Higiene do estoma	15	100
Avaliação perilesional	15	100
Escolha do equipamento coletor	15	100
Uso de dispositivos adjuvantes (spray, pó e pomada de barreira)	15	100
Orientação da massagem para aderência da bolsa	15	100
Orientação quanto o esvaziamento da bolsa	15	100
Orientação quanto a troca da bolsa coletora	15	100
TOTAL	15	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

Para prevenir complicações e promover a reabilitação do estomizado, é essencial capacitar e orientar o indivíduo, permitindo-lhe ter maior autonomia para gerenciar sua própria saúde e vida. Isso envolve mobilizar recursos adequados para atender às suas necessidades (BRASIL, 2021).

A prática do autocuidado, incentivada pelo enfermeiro durante a assistência, contribui para melhorar a qualidade de vida do estomizado e evitar condições como dermatites periestoma. Essas dermatites são caracterizadas por lesões agudas ou crônicas na pele, primárias ou secundárias, que resultam em perda de integridade cutânea (CARVALHO *et al.*, 2019).

O cuidado com a urina e/ou fezes está intimamente relacionado à higiene do estoma. Após a limpeza, é importante verificar se há presença de lesões ou vermelhidão. A pele perilesional deve ser higienizada delicadamente com água e sabonete neutro, evitando esfregar ou utilizar esponjas. Após a limpeza, é escolhido o dispositivo coletor que melhor se adapta ao estoma. Dispositivos adjuvantes podem ser utilizados caso a placa não se adira perfeitamente devido ao posicionamento do estoma ou em caso de lesões na pele circundante (INCA, 2018).

A primeira troca do dispositivo coletor é um momento crucial tanto para o estomizado como para o familiar/cuidador que prestará assistência. O enfermeiro responsável deve se dedicar a realizar a melhor demonstração possível, visando sanar dúvidas e incentivar o autocuidado (CARVALHO *et al.*, 2019).

A bolsa coletora deve ser esvaziada quando estiver pelo menos 1/3 de seu espaço preenchido, a fim de evitar o risco de rasgar ou descolar. A troca do dispositivo deve ser feita quando ocorrer mudança na coloração ou descolamento, preferencialmente durante o banho, o que facilita a remoção (INCA, 2018).

Observou-se durante o estudo, que a massagem é recomendada para estomizados, a fim de promover uma melhor aderência da placa. No CER, após a assistência de enfermagem acerca do estoma, são fornecidas prescrições com todas as instruções sobre o estoma e os materiais fornecidos.

No contexto do cuidado em saúde, ter um material educativo com instruções facilita e padroniza as orientações prestadas. Esse recurso atua como uma fonte de informação e conhecimento sobre os cuidados de saúde, tanto para os pacientes quanto para seus familiares/cuidadores, auxiliando no dia a dia (CARVALHO *et al.*, 2019).

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na educação em saúde, enfocando a importância da sistematização da assistência para a reabilitação e adaptação adequada após a confecção do estoma, proporcionando ao paciente familiarização e engajamento no processo educativo. (CARVALHO *et al.*, 2019).

No Centro Especializado de Reabilitação (CER), a enfermeira responsável pelo atendimento segue as etapas inter-relacionadas e interdependentes do Processo de Enfermagem (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), conforme proposto por Horta (1979). Isso permite promover o melhor atendimento e a reabilitação do indivíduo, esclarecendo dúvidas sobre o uso de equipamentos e a realização do autocuidado.

A fim de garantir um acompanhamento específico para cada indivíduo, é adotado o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é realizado pela equipe interdisciplinar de saúde e envolve o sujeito e a comunidade (BRASIL, 2012).

4 CONCLUSÃO

Neste estudo, foi observado que os pacientes estomizados atendidos no CER recebem uma assistência de enfermagem holística, baseada no processo de enfermagem, visando a promoção da saúde e do bem-estar.

A estomia é resultado de uma condição patológica que levou a complicações, e pode-se notar uma grande melhoria na qualidade de vida após a implantação do estoma e a orientação fornecida no programa aos estomizados. Em vez de medo, dor e insegurança, traz-se a esperança de continuidade do tratamento da doença subjacente e a oportunidade de ter maior autonomia ao longo de todo o processo de saúde e doença.

Foram identificadas necessidades humanas alteradas nesse contexto. Para auxiliar os pacientes, há o apoio da psicologia, que aborda o aspecto mental. No entanto, toda a equipe multidisciplinar está envolvida, proporcionando um amplo processo de acolhimento e adaptação.

Neste presente estudo, foi identificada a dificuldade em obter dados confiáveis sobre o número de estomizados no Brasil, bem como a escassez de artigos científicos que abordem as Necessidades Humanas Básicas (NHB) nesse contexto.

Sugere-se uma parceria entre o Centro Especializado de Reabilitação (CER) e uma instituição de ensino superior, a fim de possibilitar um campo de estágio que proporcione a realização de mais estudos para identificar as necessidades humanas básicas alteradas e sua correlação com diagnósticos de enfermagem específicos.

Além disso, é sugerida a implementação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), visitas domiciliares e a criação de grupos terapêuticos para estomizados e seus cuidadores/familiares. Essas ações visam ampliar os cuidados e promover rodas terapêuticas, com ênfase em temas como sexualidade, autoestima e autoimagem. Também é importante trabalhar em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para ampliar e proporcionar assistência mais próxima a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Normatiza o Atendimento às Pessoas Ostomizadas no SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. **Guia de atenção à saúde da pessoa com estomia**. Brasília: COFEN, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/guia-atencao-saude-pessoa-estomia.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em casa – a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Brasília, 2012. 14 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP1.pdf.

CARVALHO, D. S. *et al.* Elaboration of an educational technology for ostomized patients: peristomal skin care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 427-434, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0024>.

CITINO, H. P. *et al.* Repercussões emocionais e processos adaptativos vividos por pessoas estomizadas. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 10, n. 57, p. 3573-3596, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i57p3573-3596>.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-COFEN-3582009_4384.html.

DIAS, C. S. *et al.* Complicações pós-cirúrgicas e o papel da enfermagem ao paciente ostomizado: uma revisão de literatura. **Única Cadernos Acadêmicos**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 01-15, 2020.

FANTOZZI, B. G.; SOUSA, A. V. de. Doença diverticular e diverticulite aguda: atualização de manejo e métodos cirúrgicos indicados / doença diverticular e doença diverticulite: manejo atualizado e métodos cirúrgicos indicados. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 42844-42855, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-649>.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero**. São Paulo: FEBRASGO, 2017. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/05Z-ZDIAGNOySTICOZRASTREIOZEZTRATAMENTOZDOZCAyNCE RZDEZCOLOZDEZUyTERO.pdf>.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1979. Colaboração de Brigitta. E. P. Castellanos.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Cuidados com estomias intestinais e urinárias: orientações ao usuário**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-cuidados-com-a-sua-estomia.pdf>.

MOREIRA, J. L. S. **Enfermeiros no cuidado de idosos com estomas de eliminação: estratégias educativas realizadas no pré-operatório e o impacto no autocuidado**. 2020. 33 f. Monografia (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso), Programa de Pós-graduação Multiprofissional em Saúde do Idoso, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2020. Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/2637>.

MOTA, L. P. *et al.* Importância do rastreamento do câncer colorretal: uma revisão. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 13, p. e472101321360, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21360>.

RIBEIRO, K. G. *et al.* Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 1, p. 1387-1398, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Repercussões na sexualidade da pessoa com estomia intestinal: contributos da enfermagem para o autocuidado. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, Coimbra - Portugal, v. 1, n. 2, p. e1215, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v1i2.15>.

ROCHA, I. C. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre estomias de eliminação: reflexões para o cuidado qualificado. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 11, n. 34, p. 334-343, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.334-343>.

SIMON, B. S. *et al.* A família no cuidado à pessoa com estomia de eliminação: funções da rede social. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 902-912, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4125>.

A percepção de profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral sobre a atuação do psicólogo hospitalar

*The perception of nursing professionals in the Intensive Care Unit (ICU) of a general
hospital on the performance of the hospital psychologist*

MARIANA AFRA EUGÊNIO DE OLIVEIRA

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: marianaafra@unipam.edu.br

GABRIELLE ALVES DA SILVA

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: gabriellesilva@unipam.edu.br

GUSTAVO VITOR ROCHA DE MATOS

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: gugas_94@hotmail.com

KARINE FABRÍCIA LOURENÇO XAVIER SANTOS

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: karinefabricia@unipam.edu.br

LAURA GOMES MARTINS

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: lauragomesmartins06@gmail.com

THALIA CRISTINA DA SILVA CASTRO

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: thaliacristinasilva@unipam.edu.br

LUISA LOPES PACHECO

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: luisalopes@unipam.edu.br

FERNANDA AMORIM ARAÚJO

Discente de Psicologia (UNIPAM)

E-mail: fernandaaraujo@unipam.edu.br

THIAGO HENRIQUE FERREIRA VASCONCELLOS

Professor orientador (UNIPAM)

E-mail: thiagov@unipam.edu.br

Resumo: É essencial compreender as percepções da equipe em relação à atuação do psicólogo, especialmente em ambientes hospitalares, onde a intervenção é regulamentada por dispositivos legais, como na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse contexto, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre a atuação do psicólogo hospitalar (PH) em um hospital geral. A pesquisa adota uma abordagem descritiva, comparativa e transversal, envolvendo 66 profissionais de enfermagem. A coleta de dados ocorreu após o consentimento livre e esclarecido, por meio de aplicação de termo aprovado pelo CEP/UNIPAM, sob o parecer nº 6.033.571. As entrevistas, realizadas em uma única sessão com duração de aproximadamente 5 a 15 minutos, abordaram características e perfis dos participantes, bem como a percepção acerca da atuação do PH. As análises foram conduzidas utilizando estatísticas descritivas (média, desvio padrão e porcentagem), dendrograma (DENDO) e análise de similitude de palavras (SP) por meio de classificação hierárquica descendente com o software Iramuteq. A amostra, composta predominantemente por mulheres (64,7%; n=44), apresentou uma média de idade de 36,2 anos (dp=8,3), com idades variando de 23 a 60 anos. A média de experiência na enfermagem foi de 10,3 anos. As análises revelaram semelhanças entre os turnos diurno e noturno no que se refere aos resultados do DENDO e SP, indicando a influência do serviço de psicologia mesmo na ausência do profissional. Especificamente no período noturno, não foi identificada a categoria relacionada à avaliação das necessidades do paciente, o que sugere uma deficiência no reconhecimento precoce de alterações emocionais que poderiam impactar a saúde mental. No período diurno, observou-se a presença de um cluster relacionado ao tópico da morte, indicando uma especificidade na atuação junto às famílias e à equipe. Em suma, a visão dos profissionais de enfermagem sobre o trabalho do PH é clara e definida. No entanto, uma parte significativa ainda acredita que o papel do PH se concentra principalmente em atenuar ou “cuidar” de reações emocionais decorrentes da internação. No entanto, o profissional de Psicologia desempenha um papel mais amplo, visando melhorar as condições de saúde tanto dos pacientes quanto de seus familiares.

Palavras-chave: percepção de papel; equipe de enfermagem; equipe de assistência ao paciente; psicólogos; psicologia hospitalar.

Abstract: Understanding the team's perceptions regarding the psychologist's role, especially in hospital environments where intervention is governed by legal frameworks, such as the Intensive Care Unit (ICU), is essential. In this context, this study aims to assess the nursing team's perception of the role of the hospital psychologist (HP) in a general hospital. The research adopts a descriptive, comparative, and cross-sectional approach, involving 66 nursing professionals. Data collection occurred after obtaining informed consent, through the application of a form approved by the Research Ethics Committee (CEP/UNIPAM) under opinion number 6.033.571. The interviews, conducted in a single session lasting approximately 5 to 15 minutes, addressed participants' characteristics, profiles, and perceptions of the HP's role. The analyses were carried out using descriptive statistics (mean, standard deviation, and percentage), dendrogram (DENDO), and word similarity analysis (SP) through a descending hierarchical classification using the Iramuteq software. The sample, predominantly composed of women (64.7%; n=44), had an average age of 36.2 years (SD=8.3), with ages ranging from 23 to 60 years. The average nursing experience was 10.3 years. The analyses revealed similarities between day and night shifts regarding DENDO and SP results, indicating the influence of psychology services even in the absence of the professional. Specifically, during the night shift, the category related to patient needs assessment was not identified, suggesting a deficiency in early recognition of emotional changes that could impact mental health. During the day shift, a cluster related to death was observed, indicating a specificity in dealing with families and the team. In summary, the nursing

professionals' perception of the HP's role is clear and well-defined. However, a significant portion still believes that the HP's role mainly revolves around alleviating or "caring" for emotional reactions resulting from hospitalization. Nonetheless, the field of psychology extends beyond this, with the aim of improving the health conditions of both patients and their families.
Keywords: role perception; nursing team; patient care team; psychologists; hospital psychology.

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do psicólogo hospitalar (PH) nos hospitais gerais ocorreu em 1950, quando se reconheceu a necessidade de intervenções e assistência psicológica aos pacientes, uma função que antes era desempenhada pela equipe hospitalar. A implementação do curso de psicologia em território nacional favoreceu, conseqüentemente, o suporte às necessidades de acompanhamento e intervenção nas instituições de saúde (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

A atuação do PH está centrada no acolhimento e assistência, principalmente voltados aos pacientes doentes, com o objetivo de amenizar seu sofrimento e reforçar seus recursos de enfrentamento diante das condições potencialmente estressoras da doença. O PH atua como um interlocutor entre o paciente, a equipe médica e a família (CAMARGO, 2022). Embora sua atuação predominante seja na rede pública de saúde, os hospitais particulares estão cada vez mais abrindo espaço para essa área profissional. Isso ocorre porque a presença de psicólogos dentro de equipes multiprofissionais está aumentando, o que contribui para o reconhecimento dessa profissão e traz benefícios tanto para os pacientes e suas famílias quanto para a fluidez do trabalho dos profissionais que compõe a equipe hospitalar (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Além da dimensão técnica de sua prática, o psicólogo hospitalar (PH) precisa realizar um trabalho pessoal para lidar com perdas, limites e frustrações. Dessa forma, o profissional estará em condições de ouvir e ajudar o outro com suas necessidades e, conseqüentemente, se sentir motivado a trabalhar, independentemente das dificuldades encontradas no seu dia a dia (COSTA *et al.*, 2009). De acordo Fossi e Guareschi (2004), no trabalho conjunto com a equipe multiprofissional, é fundamental que o PH tenha conhecimento das práticas realizadas pelos demais profissionais e suas barreiras interpessoais, possibilitando uma ação ambientada e de único manejo. Caso não tenha esse conhecimento, corre-se o risco de desintegração intersetorial por parte de toda a equipe e, por conseguinte, a desintegração do paciente. Uma relação insegura entre o paciente e a equipe hospitalar pode causar mais sofrimento. Adicionalmente, percebem-se dificuldades de interação entre os profissionais, disputas de poder (tanto objetivas quanto subliminares) e falta de conhecimento sobre a ajuda que outras especialidades podem dar à equipe e ao indivíduo.

Especialmente, em relação à percepção do exercício do PH pela equipe multiprofissional, um estudo conduzido por Senra (2021) evidenciou que sua atuação é associada ao modelo de psicologia clínica, o que gera confusão de papéis e sobrecarga profissional. Para Chiattonne (2000), o modelo clínico não é efetivo na dinâmica

hospitalar, gerando dúvidas sobre a efetividade do papel do PH e a cientificidade de sua atuação.

Ao analisar a interação entre a Psicologia e Enfermagem, Tonetto e Gomes (2007) elucidam que a Enfermagem reconhece a importância da intervenção psicológica, mas avalia que o psicólogo nem sempre consegue justificar a pertinência de um atendimento à equipe. Para o psicólogo, é necessário deslocar-se do foco da doença em si para uma visão mais integrada do processo saúde-doença, justificando os procedimentos psicológicos de maneira mais clara.

Apesar de haver a obrigatoriedade da atuação do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) por meio da portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, a equipe expressa dificuldades em reconhecer essa atuação. Conforme expresso pelo trabalho de Mota *et al.* (no prelo), as solicitações são marcadas por aspectos administrativos, como contato familiar e/ou reações emocionais adaptativas ou esperadas dada a aversividade de ambientação ao local de internação, que são esperadas a priori. Tal fato pode levar à confusão de papéis e sobrecarga do profissional de psicologia com demandas que não se relacionam diretamente ao seu exercício profissional.

Diante do exposto, é perceptível a necessidade de compreender as percepções que a equipe apresenta sobre o fazer psicológico, principalmente em ambientes hospitalares onde sua atuação é regulada por dispositivos legais, como na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar de haver um reconhecimento do psicólogo como profissional facilitador na equipe multiprofissional, as descrições de “de que forma pode contribuir” ainda são insuficientes para possibilitar reflexões que possam consolidar a prática do PH.

Nesse cenário, especial destaque deve ser dado aos profissionais de enfermagem, pois a função assistencial e de disponibilidade de cuidados continuados estão sob sua responsabilidade. Especialmente aqueles que trabalham nas UTIs, devido à proximidade com o paciente crítico que exige contínua vigilância e monitoramento. Saber avaliar as demandas da equipe, das famílias, bem como dos pacientes e direcioná-las ao PH dentro de sua atuação garante chances de uma melhora biopsicossocial das condições de saúde dos envolvidos.

Assim sendo, cabe destacar que cada contexto hospitalar reflete uma cultura e forma de organização específica. O Serviço de Psicologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia (SPHSCM) completou um ano de atuação e tem enfrentado solicitações que fogem à atuação do PH e, por vezes, são confundidas com o Serviço Social. Ao compreender as percepções da equipe, é possível promover ações de conscientização junto à comunidade hospitalar.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção da equipe de enfermagem sobre a atuação do PH em um hospital geral, visando fornecer informações que possam instrumentalizar a prática desse profissional.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é uma investigação de caráter descritivo, comparativo e transversal, envolvendo profissionais de enfermagem de um hospital geral.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

A instituição onde o estudo foi conduzido é o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Patos de Minas (HSCMPM), um hospital geral afiliado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme descrito por Souza *et al.* (2022), o hospital oferece serviços de ginecologia e obstetrícia, pronto atendimento voltado a traumatologia e ortopedia, centro de terapia intensiva, bloco cirúrgico e enfermarias (clínica médica, ortopédica, cirúrgica e oncológica). O HSCMPM é responsável por cobrir a micro e macrorregião do Alto Paranaíba, abrangendo a área da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Especificamente, a equipe de enfermagem era composta, no momento da concepção do estudo (2º semestre de 2022), por 36 enfermeiros e 165 técnicos. Quanto ao serviço de psicologia do hospital, este contava com 2 psicólogos, 2 estagiárias remuneradas de extensão (carga horária semanal 12h) e 6 estagiários profissionalizantes de graduação (carga horária semanal 6h).

2.3 AMOSTRAGEM E PARTICIPANTES

Participaram deste estudo técnicos de enfermagem e enfermeiros contratados, desde que não estivessem afastados por licença médica, férias ou em alguma sanção disciplinar, e estivessem lotados nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) do HSCMPM.

O recrutamento foi conduzido pelos pesquisadores durante as pausas em suas atividades ocupacionais, a fim de não interferir em suas rotinas. As abordagens ocorreram nos dias ímpares e pares, tanto no período diurno quanto noturno, devido ao regime de trabalho de 12 horas por 36 horas e à variedade de profissionais escalados nos plantões.

2.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados em uma única sessão por estudantes de graduação em psicologia. A sessão de entrevista durou de 5 a 15 minutos, entre os meses de março a maio de 2023. No início, os profissionais foram informados sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário de sua participação, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, o sigilo dos dados de identificação pessoal e a ausência de risco à saúde física e mental. Em seguida, assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) sob o parecer de número 6.033.571.

O protocolo de avaliação incluiu informações sociodemográficas e uma entrevista semiestruturada (ES), cujas questões norteadoras encontram-se na seção de variáveis e instrumentos. A entrevista foi captada por meio de dispositivo de gravação de áudio em celulares/smartphones. Para garantir a impessoalidade, no início da gravação foram citadas apenas as iniciais dos participantes da pesquisa, e os dados de identificação foram transcritos para fichas em lápis/papel. Ao final da ES, o áudio foi encaminhado para um drive online (compartilhado com a equipe de pesquisa e com acesso mediante e-mail e senha pessoal institucional). Posteriormente, os dados foram baixados e salvos pelo pesquisador responsável em HD-Externo.

2.5 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS

a) **Informações sociodemográficas:** avaliou gênero, idade, estado civil, profissão e tempo de experiência profissional.

b) **Percepção sobre a atuação do psicólogo:** realizada por meio de ES, mediante os eixos norteadores: a) Em sua formação profissional você foi orientado a trabalho em equipe? De que forma? b) Quais experiências você teve com a psicologia fora do hospital? c) Como é a atuação do psicólogo hospitalar em seu setor? d) Quais são as situações em que a atuação do psicólogo se faz mais necessária? e) Qual a diferença de um Psicólogo para Assistente Social?

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes à caracterização da amostra foram analisados utilizando estatística descritiva (percentual, média aparada e desvio-padrão) por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0, executado no ambiente Windows.

Quanto à variável de percepção de atuação do psicólogo, as análises qualitativas foram realizadas pelo *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Foram empregadas as técnicas de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise de Similitude (AS). Essas técnicas envolvem a segmentação de textos que são classificados com base em seus vocabulários.

A variação dos vocabulários ocorre de acordo com as transcrições das respostas feitas pelos pesquisadores e o tamanho do corpus, que é o conjunto de textos a ser analisado. Os segmentos desses textos são agrupados com base na frequência das palavras mais utilizadas e na força das relações medidas por teste qui-quadrado (χ^2). Essa força associativa é considerada significativa quando o valor do teste é maior que 3,84, representando $p \leq 0,00$ (RATINAUD, 2009).

A Classificação Hierárquica Descendente é representada graficamente em forma de um dendrograma (DENDO), que mostra a intensidade das relações entre as variáveis. A Análise de Similitude (AS) é visualizada através de uma árvore de palavras, oferecendo uma representação gráfica da estrutura das relações entre os termos analisados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 66 profissionais de enfermagem, que atuam nos turnos diurno e noturno. A maioria dos participantes era do sexo feminino (64,7%; n=44), a amostra total apresentou uma média de idade de 36,2 anos (dp=8,3) variando entre 23 a 60 anos. Em relação ao estado civil, a maioria era composta por casados (39,7%; n=27) e solteiros (39,7%; n=27), em comparação com outras situações relacionais (viúvos, separados, divorciados). A maioria dos participantes era composta por técnicos de enfermagem (77,9%; n=53), com uma média de experiência profissional de 123,6 meses (dp=70,6), o que corresponde a aproximadamente 10,3 anos de atuação na área de enfermagem.

De acordo com Massaroli *et al.* (2015), a equipe de enfermagem é predominantemente formada por mulheres devido aos reflexos históricos associados ao papel do cuidado atribuído a esse gênero. Essa observação corrobora com os dados sociodemográficos encontrados nesta pesquisa, em que a maior parte da equipe é composta por pessoas do sexo feminino. No que diz respeito ao tempo de experiência desses profissionais, de acordo com o estudo já citado, ele varia entre 5 e 6 anos, e o período de formação em cerca de 10 anos, achados que se assemelham à realidade observada neste estudo.

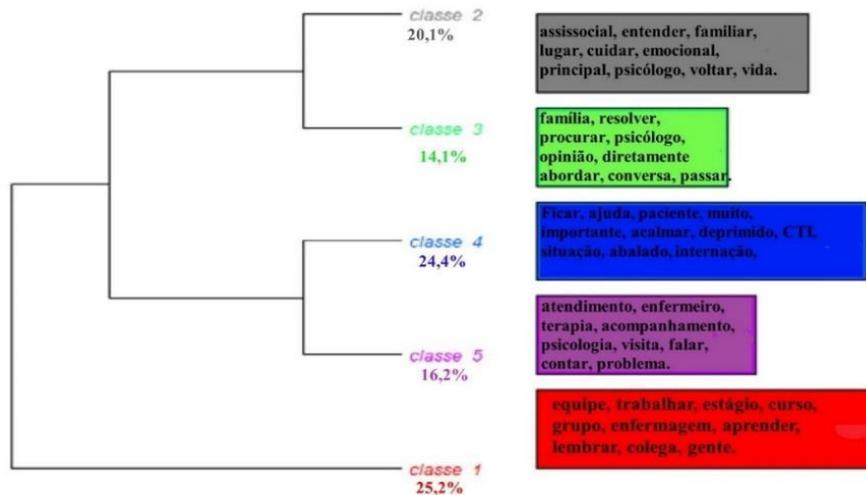
Com base nas questões do instrumento de pesquisa sobre “a percepção sobre a atuação do psicólogo”, foram desenvolvidas Análises Hierárquicas de Componentes (DENDOS de CHD) e árvores de Segmentação Progressiva (SP) para os períodos diurno e noturno, sendo elas realizadas separadamente. A análise se concentrou no contexto diurno, no qual o psicólogo colabora diretamente com a equipe multiprofissional, e no turno noturno, o qual reflete os resultados desse trabalho sem o contato direto nas intervenções por parte dos profissionais de psicologia.

A respeito das percepções dos profissionais no período diurno, foram identificadas categorizadas classes temáticas por meio do DENDO de CHD, que foram nomeadas da seguinte forma:

- a) Classe 1 (C1) - desenvolvimento de habilidades profissionais relacionadas à necessidade do trabalho em grupo;
- b) Classe 2 (C2) - funcionalidade das atividades cotidianas que remetem a continuidade dos vínculos, especialmente familiares, com apoio do Serviço Social, bem como, as informações e estímulos que permitem a manutenção da rotina de vida;
- c) Classe 3 (C3) - estimulação emocional por meio da atuação do profissional de psicologia para facilitar a ambientação ao contexto hospitalar;
- d) Classe 4 (C4) - percepção da equipe em relação às necessidades dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- e) Classe 5 (C5) - modalidade de intervenção profissional da atuação do profissional de psicologia, proporcionando um senso de acolhimento, intervenção breve, utilização do questionamento socrático e atuação multiprofissional.

Na Figura 1, observa-se que a C1 possui uma influência relacional fraca com as C2 e C4. Por outro lado, foram identificadas conexões robustas entre as C3 e C2, assim como entre as C4 e C5, ambas sendo diretamente influenciadas pela C1.

Figura 1: DENDRO de CHD das classes acerca da percepção da atuação do psicólogo no HSCMPM no turno diurno



Fonte: dados adaptados do Iramuteq.

No ambiente hospitalar, situações inusitadas e complexas surgem regularmente, e essas situações estão presentes na jornada dos pacientes. O trabalho da equipe multidisciplinar reflete essas situações, evidenciando que uma única especialidade profissional não é capaz de atender plenamente as necessidades que surgem em face da doença no contexto hospitalar (CHIATTONE, 1996). A partir dessa observação, é possível entender que a C1 exerce uma influência direta sobre as C2 e C5. Em outras palavras, a atuação do PH não deve ocorrer isoladamente, mas sim em colaboração com uma perspectiva de equipe integrada.

Ao analisarmos as classes C1 e C4, fica evidente a importância do trabalho conjunto das equipes multidisciplinares. O usuário do sistema de saúde tem o direito de receber cuidados abrangentes, sendo reconhecido como um ser integral e tendo suas necessidades atendidas de maneira ampla. Essa percepção deve ser compreendida e aplicada pela equipe de saúde. No entanto, há desafios na interação e na disputa de poder entre os diversos especialistas, o que pode resultar na falta de conhecimento sobre como a equipe como um todo pode operar de forma colaborativa e em prol do paciente (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

Por meio das classes C2, C3 e C5, o psicólogo hospitalar estabelece uma tríade de interação entre o paciente, a família e os profissionais de saúde. Nesse contexto, a família é acompanhada devido às transformações em seu estado emocional, já que está envolvida junto ao paciente no enfrentamento da doença. A atuação do psicólogo desempenha um papel fundamental ao facilitar essa interação da tríade, visando promover um processo eficaz diante da realidade que acompanha o adoecimento (ALMEIDA; MALAGRIS, 2015; ANDRADE, 2015).

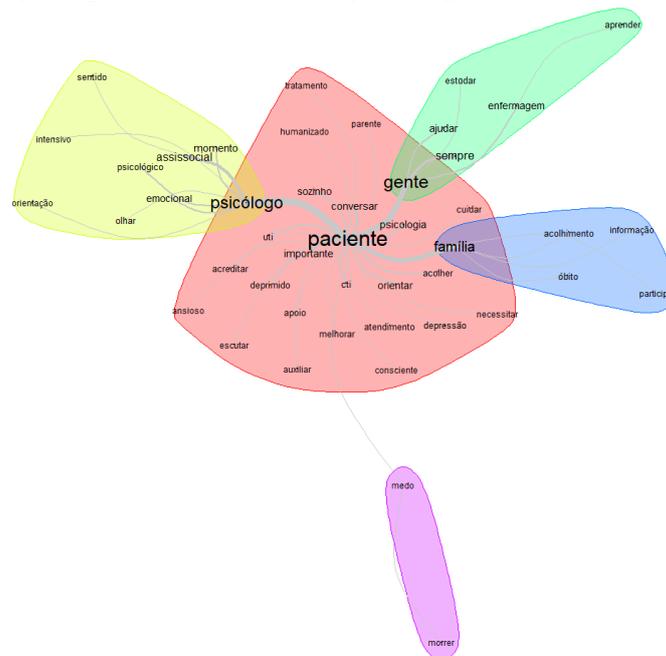
É importante ressaltar que, ao contrário do que se poderia esperar, os resultados indicam que a atuação do profissional de psicologia não é confundida com a do Serviço Social pela equipe analisada. Ambas as áreas atuam de forma conjunta, com o objetivo de proporcionar um tratamento mais completo para o paciente. Conforme destacado por

Rueda e Silva (2021), o Serviço Social se distingue da Psicologia Hospitalar ao considerar não apenas os fatores biológicos, mas também o contexto econômico, político e social, contribuindo para garantir o acesso a direitos e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) para esses pacientes. Por outro lado, a Psicologia Hospitalar concentra-se principalmente em abordar as dimensões associadas a eventos estressores e à doença do paciente interno, relacionando a personalidade do paciente com sua forma de lidar com a enfermidade (COSTA *et al.*, 2009).

Através da classe C2, pode-se perceber a aproximação entre os serviços em relação ao apoio prestado às famílias dos pacientes. Ambas as áreas de atuação trabalham para fortalecer a rede de apoio, a fim de garantir que ela seja capaz de oferecer o respaldo necessário. O cuidado com a família é muito importante, uma vez que, quando o paciente adocece, todo o núcleo familiar também enfrenta desequilíbrios em termos biopsicossociais, o que afeta diretamente na maneira como enfrentam o processo de adoecimento (MOREIRA, MARTINS; CASTRO, 2012). Nesse sentido, é essencial que esses serviços, Psicologia e Serviço Social, realizem o acolhimento, adotem uma escuta empática e identifiquem as necessidades, a fim de que suas atuações minimizem o sofrimento tanto da família quanto do paciente.

Ao verificar a Análise de Similitude (AS) das entrevistas do HSCMPM do turno diurno, Figura 2, observa-se o *cluster* com a palavra centralizada “paciente”, o que enfatiza a centralidade da atuação profissional nesse contexto. Além disso, podemos observar *clusters* menores que têm como palavras de origem: “gente”, em que o psicólogo atua como a conexão entre a equipe de enfermagem e o paciente; “psicólogo”, enfocando sua atuação técnica e colaboração multiprofissional; e “família”, em que a psicologia assume um papel de apoio diante de informações e situações estressantes. Esses resultados reforçam a discussão anteriormente apresentada.

Figura 2: SP na percepção da atuação do psicólogo no HSCMPM no turno diurno



Fonte: dados do Iramuteq.

Adicionalmente, nessa análise, surgiu também um *cluster* na extremidade inferior da Figura 2 com as palavras “medo” e “morrer”, evidenciando assim um grupo de observação diferente do turno noturno. O tema da morte figurou como uma demanda específica em relação ao paciente.

De acordo com Alves *et al.* (2012), a percepção dos profissionais de saúde sobre a morte na UTI é influenciada pela pressão intensa para promover a recuperação do paciente. Esse ambiente é caracterizado por procedimentos complexos e arriscados, nos quais nem sempre é possível alcançar a recuperação. Isso pode levar a sentimentos de impotência, culpa e fracasso quando as expectativas não são atingidas. Apesar do objetivo ser a recuperação, espera-se que o profissional ofereça respeito e, quando necessário, cuidados paliativos, para que, no momento final da vida, o paciente possa estar tranquilo, sem dor e com dignidade.

Mesmo com avanços significativos em tecnologias hospitalares, Pereira e Lopes (2014) levantam a questão sobre se “o papel das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é salvar vidas ou prolongar mortes”. Diante dessa indagação, é possível que pacientes e familiares vejam esse ambiente como um caminho sem retorno (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Mesmo que os profissionais de saúde estejam familiarizados com o ambiente hospitalar e enfrentem situações graves, incluindo possíveis óbitos, ainda enfrentam dificuldades em lidar com o luto. Uma pesquisa conduzida por Leite e Montelo (2021), evidenciou que os profissionais com mais tempo de carreira tendem a apresentar reações emocionais irrisórias diante da morte de um paciente. Esse fato pode levar à normalização do processo de morrer, porém também pode resultar na percepção de que esses são insensíveis ou menos afetados pela situação. Nesse contexto, é necessária atenção a essa dinâmica, pois há o risco de que os pacientes sejam vistos como objetos em vez de indivíduos que necessitam de cuidado.

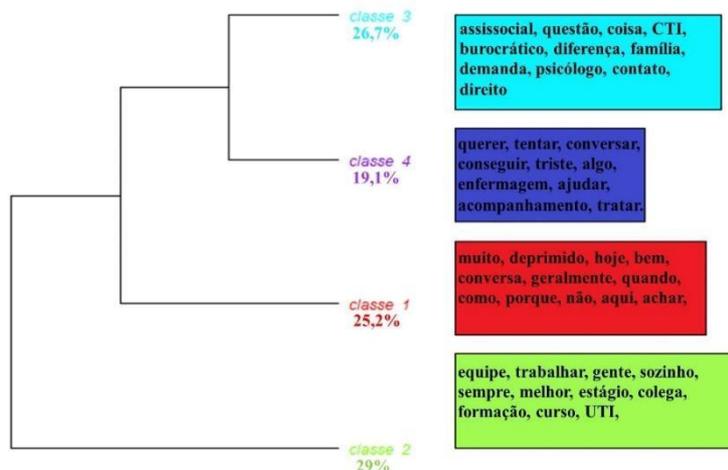
Muitos profissionais adotam como estratégia de enfrentamento a distância emocional em relação aos pacientes, evitando o estabelecimento de vínculos que possam ser afetados pelo falecimento do paciente. A dificuldade em lidar com a morte pode estar relacionada ao preparo profissional, bem como aos conhecimentos científicos, técnicos e de humanização adquiridos (LEITE; MONTELO, 2021; OUCHI *et al.*, 2018).

No período noturno também foi elaborado um DENDO de CHD com 4 classes, em comparação às 5 classes do período diurno, a saber:

- a) Classe 1 (C1) - estimulação emocional por meio da atuação do profissional de psicologia, visando facilitar a ambientação ao contexto hospitalar;
- b) Classe 2 (C2) - desenvolvimento de habilidades profissionais relacionadas à necessidade do trabalho em grupo;
- c) Classe 3 (C3) - funcionalidade das atividades cotidianas que sustenta a continuidade dos vínculos, especialmente os familiares, com apoio do Serviço Social, bem como as informações e estímulos que possibilitam a manutenção da rotina de vida;
- d) Classe 4 (C4) - modalidade de intervenção profissional na atuação do psicólogo, que conferem um senso de acolhimento, intervenção breve, uso do questionamento socrático e atuação multiprofissional.

Na Figura 3, é observado que a C2 apresenta uma relação limitada com a C3. No mapeamento, fica evidente que a ligação mais forte ocorre entre as C3 e C4, influenciadas diretamente pela C1. Diferentemente do período diurno, a categoria “necessidades do paciente no CTI percebidas pela equipe” não foi categorizada nesta análise. Esse aspecto nos permite compreender que a ausência do serviço de psicologia em atuação, vista, percebida e discutida em conjunto com a equipe, fragiliza o reconhecimento das alterações emocionais precoces, o que pode resultar no agravamento das condições de saúde mental e implicar em dificuldades de manejo comportamental do paciente.

Figura 3: Dendograma de CHD das classes acerca da percepção da atuação do psicólogo no HSCMPM no turno noturno



Fonte: dados adaptados do Iramuteq.

No contexto das organizações de saúde, o psicólogo adota uma abordagem distinta. Seu objetivo é tratar o sofrimento, que pode ser compreendido como o ato de cuidar. Essa abordagem se concentra na maneira como o paciente lida com o sofrimento. A predisposição clínica dos psicólogos é fundamentada em princípios diferentes daqueles dos demais profissionais da área da saúde. Isso se justifica pela perspectiva única que os psicólogos têm do paciente. Para eles, o paciente é quem possui o conhecimento mais profundo sobre o próprio corpo (MUTARELLI, 2015).

Para Angerami-Camon (2011), um aspecto de extrema relevância para a implementação de métodos de acolhimento e humanização é adotar uma visão congruente, realista, empática e de aceitação plena do paciente. Quando um indivíduo é hospitalizado, ele passa por um processo de despersonalização, sendo reconhecido pela doença ou pelo leito em que está. A realidade de estar internado introduz uma nova dinâmica existencial na vida desse indivíduo. As novas experiências e perspectivas existenciais que surgem nesse momento levam à necessidade de reavaliar seus valores e sua visão de vida e do mundo.

O psicólogo direciona sua atenção ao paciente como sujeito, proporcionando um espaço para que ele possa expressar seus sentimentos, medos e esperanças no contexto hospitalar. Ao priorizar a escuta, ressalta-se a importância do conhecimento

a integralidade da saúde. Isso cria uma oportunidade para incorporar questões emocionais e psicológicas como parte dos hábitos de vida, indo além do período de internação hospitalar.

Durante as entrevistas, foram observadas algumas limitações. Inicialmente, alguns entrevistados demonstraram insegurança ao responder um questionário apresentado por psicólogos, pois esperavam ter uma “resposta correta” para as perguntas. Isso levou ao receio de serem avaliados de alguma forma e diagnosticados em relação às suas práticas profissionais. Foi necessário um trabalho de esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa para obter a participação dos profissionais. Vale ressaltar que não houve comparação com outras estruturas hospitalares públicas da região, nem com outros setores do hospital nos quais o papel do psicólogo é distinto, como atendimentos sob demanda. Isso sugere espaço para futuras investigações e estudos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 754-767, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001312013>.
- ALVES, M. V. M. F. F. *et al.* Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 543-548, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i3.29296>.
- AZEVEDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>.
- BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019>.
- CAMARGO, V. P. **Psicólogo e hospital**: uma relação a ser desvelada. 2012. 116 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/10309>.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019. 126 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf.
- COSTA, V. A. S. F. *et al.* Cartografia de uma ação em saúde: o papel do psicólogo hospitalar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 113-134, 2009. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100009&lng=pt&nrm=iso.

CHIATTONE, H. B. C. A. A criança e a morte. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

CHIATTONE, H. B. C. A. Significação da psicologia no contexto hospitalar. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004.

LEITE, M. R.; MONTELO, N. M. S. Profissionais de saúde e sua relação com a morte e o morrer de pacientes em UTI. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. e6060, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e6060.2021>.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150033>.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso.

MORETTO, M. L. T.; PRIZSKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007.

MOSIMANN, L. T. N. Q.; LUSTOSA, M. A. A psicologia hospitalar e o hospital. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012.

MOTA, I. C. M. *et al.* **Impasses metodológicos e técnicos do serviço de psicologia de um hospital geral**. No prelo.

MUTARELLI, A. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 173-188, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100009&lng=pt&nrm=iso.

OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco**, [S. l.], n. 10, p. 412-428, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf.

PEREIRA, C. P.; LOPES, S. R. A. O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 49-61, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200004&lng=pt&nrm=iso.

RUEDA, M. F.; SILVA, S. C. A atuação do Assistente Social na alta hospitalar do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no contexto da humanização e integralidade em saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 16, n. 1, p. 01-18, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000100003&lng=pt&nrm=iso.

SENRA, L. X. Percepção da equipe multiprofissional de assistência à saúde sobre a atuação do psicólogo. **Perspectivas em Psicologia**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 22-31, 2021. Disponível em: <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/492>.

SOUZA, T. S. *et al.* Psicologia hospitalar: criação do serviço, perfil de pacientes atendidos e atuação de estagiários em um hospital geral. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 9, 2022. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaude/article/view/5097>.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-166x2007000100010>.